

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІОЛОГІЇ**

**ПОВЕДІНКОВІ СТРАТЕГІЇ НАСЕЛЕННЯ
В УМОВАХ ПОШИРЕННЯ
СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ**

Монографія



Київ 2023

Наукові рецензенти:

*В. Марциновська, кандидат медичних наук, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України»
Н. Соболева, доктор соціологічних наук, Інститут соціології НАН України*

П42 Поведінкові стратегії населення в умовах поширення соціально небезпечних хвороб / Г. Чепурко, О. Клименко, Ю. Привалов, О. Трофіменко; за наук. ред. Г. Чепурко. Київ: Інститут соціології НАН України, 2023. 223 с.

ISBN 978-617-14-0153-2

Ця монографія – результат колективної праці науковців, у якій аналізуються сучасний стан, тенденції та загрози поширення соціально небезпечних хвороб в українському суспільстві і в світі, основні зарубіжні теоретичні концептуальні моделі зміни поведінки, які найбільш широко використовуються у сфері охорони здоров'я стосовно профілактики соціально небезпечних інфекцій. Показано взаємозв'язок динаміки розповсюдження соціально небезпечних хвороб з соціальними нерівностями та поведінковими стратегіями хворих в умовах війни в Україні. Визначені основні моделі поведінки ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ТБ, ВІЛ, гепатитів, ПСШ за умов поширення соціально небезпечних хвороб. Виявлено взаємозв'язок між моделями /типами поведінки груп ризику і факторами, які вплинули на їх формування. Пропонується розглядати протидію соціально небезпечним хворобам не як систему медичних заходів, а як складну комплексну політичну, управлінську, економічну, соціальну, медичну, гуманітарну, культурну тощо проблему, розв'язання якої суто медичними засобами та галузевим медичним управлінням не є ефективним.

Для науковців, викладачів, студентів, а також усіх фахівців, які цікавляться питаннями поведінкових стратегій населення в умовах поширення соціально небезпечних хвороб.

Population behavioral strategies in spreading socially dangerous diseases context / H. Chepurko, O. Klymenko, Yu. Privalov, O. Trofymenko; for sciences ed. G. Chepurko. Kyiv: Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine, 2023. 223 p

This monograph is the result of collective work of scientists, analyzing current state, trends and threats of spreading socially dangerous diseases in Ukrainian society and in the world, main foreign theoretical conceptual models of behavior change, which are most often used in the field of health care regarding socially dangerous infections prevention. Interconnection between dynamics of spreading socially dangerous diseases and social inequalities and behavioral strategies of patients in war in Ukraine context is revealed. Main population groups behavior patterns that are in risk zone of TB, HIV, hepatitis, STD infection because of spreading socially dangerous diseases are determined. Correlation between the models/types of risk groups behavior and the factors that influenced their formation is manifested. Proposition is made to consider countermeasures for socially dangerous diseases not in terms of medical measures, but in terms of complex political, managerial, economic, social, medical, humanitarian, and cultural problem, unfeasible to solve with purely medical methods and sectoral management.

For scientists, teachers, students, as well as all professionals interested in issues of behavioral strategies of the population in the conditions of the spread of socially dangerous diseases

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕДІНКИ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Теоретичний контекст дослідження поведінки у сфері здоров'я	11
1.2. Визначення основних понять дослідження поведінки у сфері здоров'я	31
1.3. Дослідження поведінки, пов'язаної зі здоров'ям	45
<i>Джерела</i>	58
Розділ 2. СУЧАСНИЙ СТАН, ТЕНДЕНЦІЇ, ЗАГРОЗИ ПОШИРЕННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ У СВІТІ ТА УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ	65
2.1. Глобальні та регіональні тенденції поширення соціально небезпечних хвороб	68
2.2. Стан, тенденції та загрози поширення соціально небезпечних хвороб в Україні.....	83
2.3. Наслідки епідемій ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та гепатитів для України	97
Висновки.....	101
<i>Джерела</i>	106
Розділ 3. ПОШИРЕННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ ІЗ СОЦІАЛЬНИМИ НЕРІВНОСТЯМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ СТРАТЕГІЯМИ ХВОРИХ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ	113
3.1. Теоретичні аспекти соціологічних досліджень проблем поширення соціально небезпечних хвороб і розвитку соціології здоров'я	115
3.2. Соціальні нерівності та війна як ключові фактори поширення соціально небезпечних хвороб в українському суспільстві	124

3.3. Поведінкові стратегії хворих на соціально небезпечні хвороби	136
3.4. Стратегія профілактичних втручань (зміна типу соціальної дії в ядерних групах)	148
Висновки.....	156
<i>Джерела</i>	158
Розділ 4. МОДЕЛІ ПОВЕДІНКИ УРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ПОШИРЕННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЕКСПЕРТНОГО ОПИТУВАННЯ)	160
4.1. Ключові групи населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ТБ, ВІЛ, ІПСШ, гепатитом	168
4.2. Типи / моделі поведінки, характерні для ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ВІЛ, ІПСШ, ТБ, гепатитами	179
4.3. Чинники, які впливають на поведінку груп ризику інфікування ВІЛ, ІПСШ, ТБ і гепатитами	182
4.4. Інтервенції, що сприяють зміні ризикованої поведінки ключових груп населення щодо власного здоров'я на здоров'язбережувальну	198
4.5. Рекомендації для органів державного управління, у тому числі у сфері охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях, щодо протидії поширенню соціально небезпечних хвороб	208
Висновки.....	212
<i>Джерела</i>	216
ПІСЛЯМОВА	221

ПЕРЕДМОВА

У сучасних умовах розвитку українського суспільства однією з важливих проблем, які потребують невідкладного вирішення, є зниження рівня захворюваності, пов'язаної з дією соціальних факторів. В Україні поширення соціально небезпечних хвороб набуває масштабів епідемії.

До соціально небезпечних хвороб (СНХ) прийнято відносити насамперед хвороби, що мають інфекційне походження, такі як туберкульоз, ВІЛ/СНІД, ІПСШ (венеричні захворювання), гепатити В і С, а також алкозалежність і наркозалежність.

Термін «соціально небезпечні хвороби» зумовлений тим, що поширення досліджуваної групи захворювань не лише становить суспільну небезпеку, а й активізується під впливом певних поведінкових факторів різних соціальних груп, а їх чинники мають політичні, соціальні, економічні, культурні тощо корені, а наслідки негативно впливають на стан здоров'я і якість життя населення, несуть у собі загрозу економіці та національній безпеці нашої держави. Отже, розглядаючи проблему поширення соціально небезпечних хвороб, ми виходимо на якісно нове розуміння хвороби, котре передбачає комплексне вивчення біологічних, соціокультурних і політико-економічних факторів, внаслідок поєднання яких розвивається епідемічний процес.

На сьогодні соціально небезпечні хвороби розглядають як одну з основних загроз для здоров'я населення, а також суттєве навантаження на органи охорони здоров'я та суспільство в цілому. Останнє зумовлюється тим, що більшість цих хвороб спричиняють тимчасову або стійку втрату працездатності; потребують величезних фінансових витрат на профілактику, лікування, реабілітацію (а деякі – терапії впродовж усього життя); негативно впливають на тривалість життя та спричиняють передчасну смерть; часто пов'язані зі злочинністю.

Соціально небезпечні хвороби – туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатити, ІПСШ тощо – стали викликами для сучасної системи охорони здоров'я і державної політики загалом. Ці хвороби, підсилюючи одна одну, руйнують імунну систему людини. Згаданим хворобам можна запобігти (про це свідчать дослідження українських і зарубіжних учених), однак втручання повинні орієнтуватися на зміну поведінки та ґрунтуватися на сучасних ідеях.

Відомо, що спосіб життя людини на 50–70% впливає на здоров'я громадян та основним постулатом ВООЗ у програмі «Здоров'я – 21» є поведінковий (профілактичний) фактор. Крім того, формування здорової поведінки як глобальної стратегічної мети людства має знизити ризики погіршення психологічного здоров'я. Але проблему цю нині неспроможна вирішити лише галузь медицини, оскільки в основі її лежить поведінковий чинник – ризикована поведінка українців щодо власного здоров'я та відсутність мотивації до його самозбереження.

Слід також зазначити, що сьогодні найсуттєвіший вплив на поширення соціально небезпечних хвороб у країні спричиняє війна. Через майже півтора року повномасштабної війни ризики поширення соціально небезпечних хвороб активізувалися, по-перше, ризики значно збільшилися у тих регіонах, де нині ведуться бойові дії. З огляду на різні проблеми, у зв'язку з відсутністю доступу до необхідних медичних послуг, перебої з отриманням ліків тощо. І по-друге, це існування ризиків у тій частині України, де не ведеться збройне протистояння, але там теж зростають ризики, враховуючи, що значні маси людей переміщуються з однієї території на іншу. І зазвичай ризики зростають у зв'язку з тим, що переривається лікування тощо. Тому загалом ризики зазвичай зростають, але по-різному в кожному регіоні, залежно від ситуації.

Отже, під час війни порушується контроль за інфекціями, а також виникають сприятливі умови для поширення хвороб. Саме тому сьогодні збільшився ризик захворіти на соціально небезпечні хвороби, зокрема ВІЛ, ТБ, гепатити, ІПСШ, а також холеру, дифтерію, черевний тиф тощо.

Протидія соціально небезпечним хворобам, зокрема їх профілактика на індивідуальному та колективному рівнях, виходить за межі суто медичних втручань, йдеться про необхідність формування в

державі комплексу соціально-економічних заходів для поліпшення умов та способу життя, навколишнього середовища, виховання тощо, спрямованого на створення умов, що унеможливають появу нових випадків соціально небезпечних інфекційних хвороб, а також передбачають здійснення діяльності, спрямованої на послаблення негативного впливу цих інфекційних хвороб на громади та українське суспільство як соціальну систему загалом.

Соціально небезпечні хвороби поширюються у світі не тільки тому, що поки що немає надійних вакцин і ліків, які здатні повністю виліковувати людей від них, але, головним чином, тому, що це – хвороби соціально мотивовані, тобто хвороби поведінки, які в умовах нестійкості системи ціннісно-нормативної регуляції поведінки та несформованості соціальної відповідальності з цих питань стають загрозливими для суспільства. І тому боротьба з ними не має вестися виключно економічними засобами та медико-лікувальними втручаннями, зокрема збільшенням фінансових вливань у медицину і фармакологію, а потребує насамперед обґрунтованої державної політики, об'єднаних і збалансованих зусиль усього суспільства, формування свідомого ставлення до цієї проблеми на громадському та індивідуальному рівні, орієнтації на зміну поведінки, а не лише поглиблення обізнаності, тобто відповідної трансформації поведінки в кожного члена спільноти незалежно від того, чи стикався безпосередньо він сам або люди з його найближчого оточення з подібними хворобами.

Соціальний аспект проблеми профілактики поширення соціально небезпечних хвороб у суспільстві полягає у необхідності формування спільними зусиллями держави і суспільства відповідних ефективних поведінкових стратегій населення, однією з головних складових яких є відповідальність соціального або індивідуального суб'єкта за дотримання правил безпечної поведінки та підтримання здорового способу життя заради суспільної та особистої безпеки.

Тому доцільно пов'язувати логіку наукового дискурсу щодо теоретичного та практичного розуміння цієї проблеми з доцільністю вивчення причин / факторів, що зумовлюють активне поширення соціально небезпечних хвороб саме в українському суспільстві, моделей поведінкових стратегій населення у цих умовах, поведінки у напрямі профілактики соціальних захворювань як ефективного елементу механізму самозбереження здоров'я населення / зайнятого

населення України, що залишається малодослідженою сферою наукових пошуків.

Над монографією працювали: д. соц. н. Г. Чепурко (передмова, розділи 1 і 4, післямова, наук. редакція); д. соц. н. О. Клименко (розділ 3); к. філос. н. Ю. Привалов (підрозділ 2.1); О. Трофименко (підрозділи 2.2 і 2.3).

Автори висловлюють щирю вдячність усім, хто брав участь у обговоренні результатів роботи і чий конструктивні зауваження та побажання сприяли вдосконаленню змісту цієї книги.

Розділ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕДІНКИ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я

Проблематика здоров'я та хвороби, особливо в тому випадку, коли йдеться про масові захворювання, зокрема про соціально небезпечні хвороби, що завдають непоправної шкоди не тільки економіці, культурі, соціальному благополуччю окремих суспільних груп, а й людській популяції загалом, давно набула особливого соціального значення. У її соціально філософському осмисленні стійкі позиції посіли уявлення про те, що проблеми здоров'я та масових хвороб мають комплексний характер і не можуть бути вирішені лише медичними практиками. Хвороби в такому разі сприймаються не як «природні», «натуральні» феномени, зумовлені станом людського організму та її психіки, а й як багатовимірні артефакти, що перебувають у складній залежності від панівного світогляду, соціальних інститутів та технологій. При цьому, незважаючи на підходи, що ускладнилися, в основі можливих способів протидії масовим захворюванням лежать два елементи: чітке визначення природи самої хвороби і системна розробка методів боротьби з нею (медичних, соціальних, економічних, екологічних та ін.).

З найбільшою очевидністю необхідність багатоаспектного чи міждисциплінарного підходу до вивчення проблем здоров'я та хвороб виникає у тих випадках, коли йдеться про великі групи населення, про виникнення та стрімке поширення масових недуг, зокрема соціально небезпечних хвороб, та необхідність запобігання їм. На перший план висуваються соціальні кореляції масових хвороб, чітко проглядається їх соціальна природа. Чинники соціального порядку

(політична, правова, моральна ситуація в державі, соціальні катаклізми та ін.) прямо чи опосередковано впливають як на фізичний стан кожної окремої людини, так і на населення у цілому, зокрема, на здатність людської популяції тієї чи іншої території протидіяти поширенню епідемії.

Відповідно проблему «оздоровлення суспільства», профілактики соціально небезпечних хвороб необхідно розглядати не лише в медичному, а й у соціально-філософському вимірі. Завдання останнього у цій ситуації полягає не тільки в тому, щоб виявити соціальні проблеми, ризикуючи, як слушно зазначив Е. Тоффлер, «посилити і так глибокий песимізм, яким охоплені технологічні суспільства» [Toffler, 2002: р. 405], а й запропонувати варіанти мінімізації їх негативної дії.

Недостатньо рефлексованою в українському соціологічному науковому дискурсі залишається проблема соціологічного аналізу соціальних детермінант суспільного здоров'я. Це стосується порівняльного аналізу соціальної зумовленості здоров'я в окремих соціально-економічних групах і верствах населення, гендерної диференціації стратегій поведінки у сфері здоров'я, культурного контексту стратегій поведінки у сфері здоров'я, медикалізації соціального простору, тих соціальних проблем, які поки що не стали об'єктом уваги українських соціологів.

Заслуговує на особливе вивчення соціологічне осмислення зміст поведінкових стратегій у сфері здоров'я, оскільки в соціально-психологічній площині вони виконують системоутворюючу роль у взаємодіях і поведінці соціальних груп або організацій. Саме цей тип стратегій поведінки лежить в основі процесів інституціоналізації, та так само має суттєвий вплив на формування механізмів соціальної діяльності. Вивчення поведінкових стратегій у сфері здоров'я може посилити й збагатити теоретичний і практичний потенціал досліджень, присвячених проблемам громадського здоров'я та поведінки, спрямованої на самозбереження.

Зараження соціально небезпечними хворобами, такими як інфекції, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ-інфекцію та гепатити В і С, а також туберкульоз, майже повністю детерміновано поведінковими факторами. Тому традиційний біомедичний підхід до профілактики зазначених захворювань доцільно доповнити втру-

чаннями, спрямованими на корекцію індивідуально-психологічних і поведінкових аспектів ризикованої поведінки. Найбільша ефективність профілактичних втручань досягається у тому випадку, коли вони базуються на загально визначених теоретичних концепціях корекції поведінки.

1.1. Теоретичний контекст дослідження поведінки у сфері здоров'я

Практично до другої половини ХХ ст. основною пояснювальною моделлю захворювання на індивідуальному та груповому рівні слугувала біомедична. Її ключовою особливістю була концентрація на деяких «несправностях» усередині організму, переважно спричинених деякими зовнішніми (фізичний чи хімічний вплив, інфекційний агент) впливами. Усунення «несправності» або нейтралізація впливу відповідно до даної моделі повинна мати наслідком одужання. Однак криза цієї моделі стала найбільш очевидною зі зміною епідеміологічного патерну. Захворюваність і смертність переважно виявилися пов'язані з захворюваннями зі складною етіологією, де складно було виділити якийсь один шкідливий вплив, а також із тими захворюваннями, які переважно пов'язані зі способом життя людини.

Біопсихосоціальна модель здоров'я і хвороби, запропонована Джорджем Енджелом у 1977 р. [Engel, 1977: р. 129–136], стала революційною як для медицини, так і для психології та соціальних наук. У ній уперше була постульована роль інших, ніж суто біологічних, факторів виникнення, розвитку та успішності лікування захворювання. Відповідно до біопсихосоціальної моделі внесок психологічних (у тому числі поведінкових), соціальних і культурних факторів у стан здоров'я може бути не меншим, а навіть більшим, ніж суто біологічних. Понад те, ці чинники можна розділити лише теоретично, оскільки де факто вони взаємно зумовлюють і впливають один на одного. Крім іншого, біопсихосоціальна модель зробила значний внесок у зміну статусу пацієнта та зміни суто об'єктного підходу на суб'єкт-суб'єктний, а також у становлення психології здоров'я як окремої впливової галузі наукового знання.

Незважаючи на суттєву критику [Tavakoli, 2009; McLaren, 1998; Alonso, 2004; Ghaemi, 2009], ця модель залишається основною концептуальною рамкою для психології здоров'я [Suls, Rothman, 2004], дисципліни, що охоплює значну кількість напрямів. В Україні психологія здоров'я почала інституціоналізуватися як окрема дисципліна на кілька десятиліть пізніше, ніж за кордоном [Галецька, Сосновський, 2006; Тимофієва, Двіжона, 2009; Коцан, Ложкін, Мушкевич, 2011]. Сьогодні психологія здоров'я – одна з найдинамічніших у своєму розвитку галузей психології. Це зумовлено не лише визнанням сучасним суспільством значущості поведінки, пов'язаної зі здоров'ям і якістю життя, а також зростанням розуміння та переконання, що для підтримки здоров'я недостатньо лише традиційної медичної системи. Суттєву роль відіграють багато інших чинників, таких як стиль життя, дотримання поведінки, орієнтованої на здоров'я, профілактика, просвіта здоров'я, формування переконань, орієнтованих на здоров'я, та ін. Важливим є аналіз біологічних, культуральних і соціально-економічних чинників, таких як стать, вік, освіта, місце проживання чи соціально-економічний статус. Усі ці аспекти перебувають у фокусі уваги сучасної психології, соціології та психології здоров'я [Коцан, Ложкін, Мушкевич, 2011].

Паралельно з 1950-х років розвивається екологічний підхід до розуміння детермінації людської поведінки [Glanz, 2008; Wiley & Sons, 2008]. За аналогією з розумінням екології в біологічних науках, у поведінкових науках екологічні моделі фокусуються на тому, як співвідноситься поведінка, фізичне й соціокультурне оточення людини. Налічується близько півтора десятка різних екологічних моделей, що широко застосовуються для пояснення поведінки у сфері здоров'я та розробки відповідних профілактичних втручань. З-поміж них екологічна теорія систем [Bronfenbrenner, 1994: р. 37–43], екологічна модель поведінки у сфері здоров'я [McLeroy, 1988], соціально-екологічна модель пропаганди у галузі здоров'я (health promotion) [Stokols, 1992]. В історичному сенсі до екологічного підходу належить і соціально-когнітивна теорія Альфреда Бандури [Bandura, 1989]. Виділяють кілька ключових принципів усіх теорій екологічного спрямування [Glanz, 2008].

Насамперед до них належить наявність кількох рівнів факторів, що впливають на поведінку у сфері здоров'я. Найчастіше до них

відносять внутрішньоособистісні, міжособистісні, організаційні фактори, а також фактори на рівні спільноти та на рівні державної політики (хоча в кожній конкретній моделі вони можуть мати власну назву). При цьому соціокультуральні фактори та фактори фізичного середовища як би оточують виділені рівні та можуть впливати відразу на кілька з них. Також ключовою характеристикою екологічних моделей є положення про наявність взаємодії та взаємовпливу між усіма перерахованими рівнями. Приміром, одні й ті ж самі характеристики фізичного середовища проживання чи національної політики можуть надавати різний за силою і навіть напрямом вплив на індивіда залежно від його внутрішньоособистісних показників чи показників його соціального оточення.

Практичним наслідком таких моделей, отже, є необхідність багаторівневих інтервенцій для більш ефективної зміни цільової поведінки. При цьому визнається, що інтервенції, розроблені на основі екологічних моделей, будуть найбільш ефективними, коли моделі будуть специфічним чином доопрацьовані для кожної цільової поведінки. Недавній систематичний огляд емпіричних досліджень, наприклад установок до вакцинації, показав найбільше застосування саме екологічного підходу до дослідження цієї проблематики [Allen, 2010].

Екологічний підхід також є найбільш підходящою теоретичною рамкою для подальшого викладу конкретних моделей поведінки у сфері здоров'я.

Існуюче різноманіття моделей може бути умовно класифіковане на внутрішньоособистісні (що пояснюють поведінку на рівні особистості), міжособистісному (на рівні діад і малої групи) та на рівні спільнот або великих соціальних груп.

Теорії поведінки у сфері здоров'я на рівні особистості

Саме моделі на рівні особистості становлять переважну більшість існуючих сьогодні моделей. У цьому підрозділі будуть представлені лише деякі з них, які найбільше відповідають проблемам опису саме профілактичної поведінки. Поле моделей лише на рівні особистості також неоднорідне. Зокрема, у них виділяють мотиваційні моделі, власне поведінкові (behavioural enactment) і багатостадійні моделі поведінки (rich stage models of behavior), пов'язаної зі здо-

ров'ям [Armitage, Conner, 2000: р. 173–189]. У цьому огляді будуть розглянуті мотиваційні та багатостадійні моделі. Власне поведінкові моделі переважно сфокусовані на поясненні факторів, що детермінують перехід від наміру до дії, тоді як фактори формування наміру, що виділяються, здебільшого повторюють аналогічні компоненти мотиваційних моделей.

Мотиваційні моделі поведінки у сфері здоров'я вирізняє наявність фокусу на мотиваційних чинниках, які впливають на рішення індивіда, практикувати чи не практикувати якусь пов'язану зі здоров'ям поведінку. При цьому сама по собі поведінка зазвичай у цих моделях не розглядається; як проксі-змінна, що передбачає поведінку, виступає намір (інтенція) його зробити. Тож імпліцитно вважається, що намір чи мотивація вчинення дії є необхідною та фактично достатньою умовою самої дії. Саме ця обставина є основною мішенню для критики моделей цього класу [Armitage, Conner, 2000, р. 173–189]. Тим не менш, даний клас моделей доволі великий, є найчастіше вживаним і повністю релевантним для вирішення завдань вивчення факторів, що призводять до наміру людей зробити ту чи іншу дію, незалежно від того, чи буде вона фактично реалізована.

У цьому підрозділі будуть розглянуті 4 моделі, що найчастіше згадуються в науковій літературі та практиці профілактичних поведінкових втручань: модель переконань щодо здоров'я, теорія мотивації захисту, теорія планованої поведінки / теорія розумної дії та соціально-когнітивна модель «Інформація – Мотивація – Поведінка».

Згідно з **моделлю переконань щодо здоров'я** (The Health Belief Model) [Rosenstock, 1974: р. 328–335] у її початковій версії ймовірність тієї чи іншої поведінки у сфері здоров'я є функція кількох переконань (когнітивних конструктів).

Теорія переконань, одна з найбільш ранніх і широко використовуваних для пояснення ризикованої і превентивної поведінки, була розроблена соціальними психологами I. M. Rosenstock, G. M. Hochbaum, S. S. Kegeles і H. Leventhal у 1950-х роках для пояснення причин, з яких люди практично не беруть участі у безкоштовній урядовій програмі профілактики та діагностики різних захворювань [Rosenstock, 1966: р. 94–127]. Відповідно до цієї теорії ймовірність того, що людина вживатиме заходів профілактики, залежить від чотирьох умов.

По-перше, вона повинна усвідомлювати свою вразливість до зараження. Усвідомлена вразливість передбачає як поінформованість про ризикованість конкретного виду поведінки взагалі (наприклад, поінформованість у тому, що ВІЛ можна заразитися під час статевого контакту), і визнання свого ризику. Так, пацієнти, які знають про важливість використання презервативів, можуть не вважати за необхідне користуватися ними, якщо мають лише одного сексуального партнера. Отже, важлива не просто поінформованість, а усвідомлення особистої вразливості. Як показали дослідження, проведені у США, свою вразливість не завжди усвідомлюють навіть відвідувачі венерологічних клінік [Benotsch, 2004: р. 451–465; Takács et al., 2006: р. 59–66] та жінки-СН, які надають сексуальні послуги за винагороду.

По-друге, людина повинна розуміти, що зараження матиме для неї доволі тяжкі наслідки, як фізіологічні (біль, зниження якості життя, інвалідизація, навіть смерть), так і соціальні (стигматизація, неприязливість, обмеження працездатності, обтяження близьких тощо). На жаль, останніми роками люди нерідко легковажно ставляться, наприклад, до зараження сифілісом і гонореєю, оскільки покладаються на існування надійних і короткострокових методик терапії.

По-третє, людина має бути переконана, що охоронна поведінка дасть змогу ефективно знизити ризик інфікування та що вигоди від застосування заходів профілактики переважають труднощі, пов'язані з їх реалізацією. Наприклад, незважаючи на те, що переважна більшість людей поінформована про переваги використання презервативів, для багатьох пов'язані з ним реальні та уявні незручності (зменшення задоволення від сексу, незручність перед партнером, негативне ставлення партнера тощо) переважають вигоди.

На відміну від класичної версії теорії переконань, пов'язаних зі здоров'ям, пізніший її варіант включає п'яту змінну – початковий стимул, який виконує тригерну (що запускає) функцію до зміни поведінки (англ. trigger – «спусковий гачок») [Janz, Becker, 1984: р. 1–47]. Ці стимули можуть бути внутрішніми, наприклад, переживання будь-якого симптому, або зовнішніми: перегляд телевізійної програми, соціальна реклама тощо. Отже, відповідно до теорії переконань, пов'язаних зі здоров'ям, щоб індивід знизив поведінковий ризик, необхідно переконати його у важливості превентивної пове-

дінки для збереження його особистого здоров'я, обговорити небезпеку недотримання тих чи інших рекомендацій, а також труднощі та вигоди, пов'язані з їх виконанням. При цьому слід довести людині, що переваги, які вони отримують, значно перевищують витрати. Крім того, щоб індивід змінив свою поведінку, необхідно дати початковий стимул.

Ця модель була розроблена для короткочасних форм здоров'язберігаючої поведінки (наприклад, проходження медичного обстеження або вакцинації), проте вона набагато менш придатна для зміни звичних форм поведінки, таких як зловживання психоактивними речовинами (ПАР). Крім того, згідно із сучасними дослідженнями у багатьох випадках впевненість у необхідності зниження ризику є наслідком, а не передумою ризикованій поведінці. Наприклад, перенесена ППШ, обстеження та лікування сприяють зміні поведінки індивіда у бік менш ризикованої, хоча, як правило, на короткий час.

Приблизно у той же час була запропонована й інша теорія, яка за своїми ключовими конструктами нагадує модель переконань щодо здоров'я – *теорія мотивації захисту* (Protection motivation theory). Положення цієї теорії цікаві, з погляду розуміння процесів здоров'язберігаючої поведінки. Її автор Р. Роджерс [Rogers, 1975: р. 153–176] запропонував оцінювати поведінку щодо здоров'я як більшою чи меншою мірою адаптивну копінг-стратегію, пов'язану з мотивацією захисту, яка визначається двома різновекторними компонентами – оцінками загроз і можливостями їх подолання. До першого належить визначення серйозності ризиків захворювань і власної до них сприйнятливості. До другого – оцінка результативності адаптивної, здоров'язберігаючої поведінки та впевненості у своїх можливостях. Якщо матеріальний і нематеріальний внесок у реалізацію здоров'язберігаючої поведінки визначається як прийнятний, мотивація такого поведінкового малюнка посилюється, і воно повністю або частково реалізується на практиці. Проте проведені метааналізи кореляції між мотивацією захисту та поведінкою щодо здоров'я уможливили встановити середній, у деяких випадках слабкий рівень детермінованості, що унеможливило її подальше уточнення та доповнення.

Згодом обидві моделі були доповнені іншими змінними. Обидві теорії інкорпорували поняття самоефективності як одного зі зна-

чуючих чинників поведінки. Сприйнята самоефективність – це уявлення людини про те, наскільки вона здатна вчинити якусь дію в конкретних обставинах (у широкому сенсі – здійснювати контроль над власним функціонуванням і подіями, що відбуваються у житті) [Bandura, 1994]. Цей конструкт спочатку використовувався в соціально-когнітивній теорії, однак згодом був адаптований багатьма іншими моделями. Деякі автори вважають, що поняття самоефективності було не лише ключовим концептом соціально-когнітивної теорії, а й у цілому має більше значення, ніж сама теорія [Armitage, Conner, 2000: р. 173–189]. Метааналітичні дослідження показують, що сприйнята самоефективність має хорошу передбачувальну здатність щодо різних видів поведінки у сфері здоров'я [Holden, 1992: р. 53–93; Gwaltney, 2009: р. 56].

Також до моделі переконань про здоров'я був доданий компонент «ключі до дії» – вплив деяких зовнішніх (наприклад, дзвінок педіатра з нагадуванням про вакцинацію, повідомлення у ЗМІ про загрози епідемії) або внутрішніх (наприклад, суб'єктивно погане самопочуття) факторів, що стимулюють людину зробити активні дії.

Другою групою соціально-когнітивних теорій зазвичай називають *теорію запланованої поведінки* [Ajzen, 1991: р. 179–211] і теорію розумної дії, що передувала їй (Theory of reasoned action) [Ajzen, Fishbein, 1970].

Відповідно до *теорії навмисної дії/запланованої поведінки* (Theory of planned behavior) основною детермінантою зміни поведінки є намір (intention). Своєю чергою намір залежить від персональних установок індивіда та його суб'єктивних норм. У підсумковому на даний момент варіанті моделі Айзек Айзен виділяє три основні групи факторів, що передбачають намір діяти певним чином. До них належать: наявність позитивної або негативної соціальної установки до конкретного виду поведінки, соціальний тиск, що сприймається, щодо реалізації конкретного виду поведінки («суб'єктивна норма») та поведінковий контроль цього типу поведінки, що сприймається. Установка як внутрішній стан готовності людини до дії, що базується на переконаннях людини, її досвіді та схильності до активності у певній ситуації, формує стратегію поведінки індивіда. Суб'єктивні норми – це уявлення людини про те, чи підтримають його оточуючі у новій поведінці і чи готова вона виправдовувати очікування свого

оточення. Під оточенням у межах аналізованої теорії розуміються родичі, друзі та інші близькі люди. У пізнішій версії теорії було додано ще один компонент – рівень суб'єктивного контролю. Цей показник відображає, з одного боку, попередній досвід прямування наміченої моделі поведінки, з другого – впевненість індивіда в тому, що він зможе слідувати своїм планам у майбутньому. Для ефективної зміни поведінки необхідні зусилля з розвитку в індивіда інтерналізації як у оцінці свого досвіду, так і у реалізації превентивної поведінки.

Відповідно до теорії запланованої поведінки та моделі переконань про здоров'я (мабуть, найбільш підкріплених емпірично до теперішнього часу у концепціях поведінки щодо здоров'я) поведінкова стратегія індивіда щодо здоров'я визначається мотиваційними факторами: наміром реалізувати на практиці уявлення, переконанням про шкоду та користь певних дій для досягнення заявлених цілей. Намір здійснити ту чи іншу дію визначається вихідними або набутими внутрішніми установками, суб'єктивними нормами й поведінковим контролем, що сприймається, за допомогою якого відбувається своєрідне «калібрування» ефективності та досяжності передбачуваних дій.

З точки зору обох концепцій, імовірність певної поведінки щодо здоров'я значною мірою визначається оцінкою можливості досягнення результату: чим вона вища, тим більше шансів, що індивід приступить до практичних дій. Однак за всієї затребуваності та по-

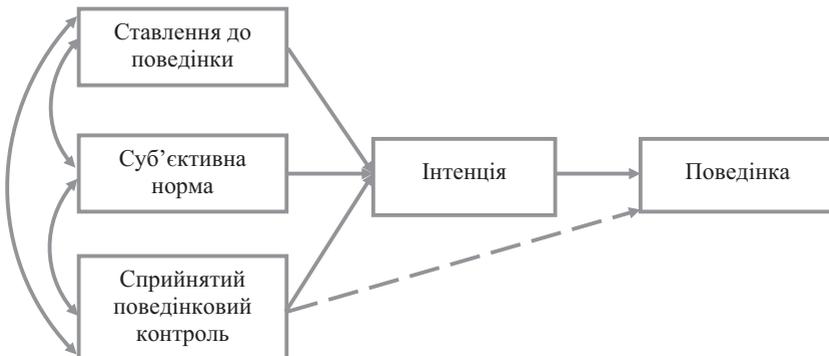


Рисунок 1. Теорія запланованої поведінки [Ajzen, 1991: p. 182]

пулярності цих уявлень у літературі є велика кількість критичних зауважень щодо них. Чимало авторів вказують на наявність своєрідного «розриву» між намірами і реальною поведінкою, який не пояснюється лише факторами, що постулюються, і свідчить про ймовірну наявність інших змінних, що потребують подальшого вивчення.

До другої групи соціально-когнітивних теорій належить також *соціально-когнітивна модель «Інформація – Мотивація – Поведінка»*. Цю теорію запропонували у 1992 р. американські дослідники J. D. Fisher і W. A. Fisher для розробки програм зміни ризикованої поведінки. У рамках цієї теорії до структури превентивного втручання включаються три основні компоненти, які визначають здоров'язбеігаючу поведінку індивіда: інформування про ризики («знати»), мотивація до зміни поведінки («хотіти») та формування бажаних поведінкових навичок («вміти») [Fisher, Fisher, 1992: p. 455–474]. Модель постулює, що надання інформації про шляхи передачі та профілактики захворювань – основа подальшого зниження поведінкового ризику. Однак висока поінформованість далеко не завжди веде до реальної зміни поведінки [Lazarus et al., 2010: p. 74–84]. Діятиме чи ні індивід на основі отриманої превентивної інформації, залежить від того, чи визнає він існування персонального ризику зараження, наявність внутрішніх і зовнішніх факторів, що впливають на поведінку, і чи буде у нього мотивація до зміни ризикованої поведінки. І нарешті, щоб інформація та мотивація зрештою вилилися у поведінкові зміни, бажані з погляду превенції ПСШ, необхідно сформувати певні навички запобіжної поведінки. Вироблення навичок безпечної поведінки безпосередньо впливає на зниження поведінкового ризику, а інформування і мотивація, стимулюючи формування навичок, на безпечну поведінку впливають опосередковано.

Підвищення мотивації до зміни поведінки – ключовий аспект соціально-когнітивної моделі – ґрунтується на методології мотиваційного інтерв'ювання (МІ), вперше описаної W. R. Miller у 1983 р. [Miller, 1983: p. 147–172] і детальніше розробленої W. R. Miller та S. Rollnick у 1992 р. [Miller, Rollnick, 2002]. Мотиваційне інтерв'ювання – це клієнтцентристський стиль консультування, спрямований на те, щоб спонукати індивіда змінити свою поведінку. Консультант заохочує пацієнта говорити про сумніви та перешкоди, шукати аргументи (мотиви) для того, щоб ухвалити рішення на користь зміни

поведінки. Мотивами можуть виступати потреби та інтереси, захоплення та емоції, установки й ідеали. Мотиви пояснюють, чому людина починає діяти, чому вона робить саме це, а не щось інше й чому вона утримується від деяких дій.

Загалом нині мотиваційні теорії (або інакше – теорії континууму [Weinstein, 1998] передбачають імовірність того, що людина почне діяти бажаним чином, тобто імпліцитно мають на увазі наявність двох стадій: а) відсутність рішення діяти й відповідно поведінки і б) наявність рішення діяти або продовжувати бездіяльність.

Ключова відмінність *стадійних теорій* полягає в уявленні про те, що даних стадій істотно більше. До того ж, рішення часто є зворотними і за переходом на наступну стадію може йти відкочування на попередні. Вейнштейн зі співавторами (там само) також виділяють кілька критеріїв, що дають змогу відокремити власне стадійні моделі від псевдостадійних. По-перше, це упорядкованість стадій: перехід на наступну стадію чи стадії за наявності всіх необхідних умов може відбуватися фактично миттєво, проте перестрибнути якусь стадію неможливо. По-друге, передбачається, що всі люди стикаються з тими самими бар'єрами під час переходу на конкретну стадію, проте для всіх стадій дані бар'єри будуть різними. З емпіричної точки зору ця відмінність вкрай суттєва: більшість стадійних моделей адаптують фактори, висунуті в мотиваційних моделях, проте постулюють, що значущість кожного з них значно варіюватиме залежно від стадії, на якій людина перебуває.

Транстеоретична модель зміни поведінки, розроблена Прохаскою зі співавторами [Prochaska, 2008: р. 3–27; Velicer, Prochaska, Rossi, Snow, 1992: р. 23–41; DiClemente et al., 1991; Prochaska, DiClemente, 1985: р. 295–304], є цитованою моделлю *стадійного туну*. У ній виділено шість стадій, які можна умовно розділити на попередні (передміркування, роздуми, підготовка) та наступні прийняття рішення (власне дія, збереження бажаної поведінки («підтримка») та припинення). Переходу зі стадії на стадію сприяють кілька специфічних змін (підвищення усвідомлення, підтримують відносини, винагороду та ін.). Також ключовим конструктом моделі є баланс рішень (уявлення про плюси та мінуси дії). Спочатку модель була розроблена для опису процесу відмови від куріння і в цілому вона найбільш придатна або для опису процесу відмови від поведінки ри-

зику, або, навпаки, формування здоров'язберігаючих патернів поведінки, що потребують значної регулярності. На різних стадіях зміни поведінки потрібні різні типи втручань. На основі моделі Prochaska-DiClemente були розроблені цілі та стратегії консультування залежно від того, на якій стадії перебуває пацієнт.

Головне завдання консультанта – визначити стадію процесу, рівень мотивації до змін і вибрати стратегію консультування. Якщо стратегію обрано невдало, пацієнт, радше, чинитиме опір.

Спочатку транстеоретична модель була розроблена для боротьби з курінням, але її принципи застосовні для корекції різних видів як адиктивної, так і неадиктивної поведінки: наркоспоживання, зловживання алкоголем, схильності до сексуального ризику та ін. [Prochaska, DiClemente, 1985]. Результати втручання найвищою мірою залежать від того, наскільки людина готова брати участь у процесі й наскільки точно вона дотримується рекомендацій.

Друга визнана модель цієї групи – **модель процесу вживання запобіжних заходів** [Wemstem, Sandman, 1992] дещо рідше згадується у вітчизняній літературі. Загалом вона подібна до транстеоретичної моделі, однак у цій моделі стадія прийняття рішення виділена як окрема і ключова для формування будь-якої поведінки. Стадії прийняття рішення передують стадіям, на якій людина нічого не знає про профілактичне втручання (наприклад, нову вакцину), що цікавить її, і стадіям, коли людина обізнана про неї, проте це знання не є для неї особистісно значущим. У цій моделі стадія прийняття рішення може переходити у рішення діяти, або усвідомлену відмову від дії. У першому випадку далі можуть наслідувати стадії первинної дії та підтримки дії. У другому випадку процес завершується, проте людина знову може повернутися до однієї з перших стадій. Передбачається, що в просуванні на перших стадіях ключову роль відіграє загроза захворювання, що сприймається, а на останніх – різні ситуаційні впливи.

Теорії поведінки у сфері здоров'я на міжособистісному рівні

Найбільш популярним і розробленим підходом до опису процесу формування поведінки на міжособистісному рівні є **соціально-когнітивна теорія** (social cognitive theory), раніше відома як **теорія соціального навчання** (social learning theory), сформульована вче-

ним Стенфордського університету США А. Bandura [Bandura, 1986; Bandura, 1977] у 1970-х роках.

Ці теорії широко використовуються як теоретичні підстави при розробленні поведінкових інтервенцій. Теорія пропонує пояснення методів, якими люди засвоюють різноманітні види складної поведінки в умовах соціального оточення. При цьому поведінка трактується як динамічний процес, який визначається як чинниками оточення, так і особистісними характеристиками індивіда. Безперервна взаємодія між когнітивними процесами, що опосередковують поведінку людини (знання, установки та ін.), та факторами оточення, в якому реалізується ця поведінка, у рамках даної теорії отримало назву реципрокний детермінізм [Bandura, 1986; Bandura, 1977]. Під оточенням розуміється комплекс об'єктивних чинників, зовнішніх по відношенню до людини, які впливають на її поведінку. Так, до соціального оточення належать члени сім'ї, друзі, колеги тощо. Під фізичним оточенням розуміється комплекс таких факторів, як температура повітря, розмір приміщення, доступність їжі тощо. Суб'єктивне сприйняття людиною конкретної ситуації ризику може бути адекватним, спотвореним або уявним.

Відповідно до теорії соціального навчання, люди можуть засвоювати моделі поведінки як у власному досвіді (пряме навчання), так і шляхом наслідування поведінки інших (опосередковане навчання, навчання через спостереження) у вигляді соціального моделювання. Ефективність навчання також дуже зростає, якщо додатково забезпечується міжособистісне спілкування. Спостереження за рольовими моделями (моделями для наслідування) дає змогу зробити висновок про те, яка поведінка є правильною і до яких наслідків вона може призвести. У цьому випадку людина може спертися на видимі наслідки чужих дій та скоригувати власні. Сильний вплив рольова модель може також здійснювати в тих випадках, коли спостерігач помічає подібність між моделлю та ним самим. Тому, наприклад, для молодих людей лідери-ровесники (peer leaders) найчастіше є найвпливовішими рольовими моделями у повсякденному соціальному навченні.

Ефективність навчання також дуже зростає, якщо додатково забезпечується міжособистісне спілкування з метою здійснення підтримки (схвалення), зворотного зв'язку та підкріплення [Bandura,

1977]. Підкріплення (reinforcement) необхідне для збереження поведінки, що виникла з урахуванням наслідування. Пряме зовнішнє підкріплення поведінки (заохочення чи покарання) виконує спонукальну та інформативну функції. Зазвичай позитивне підкріплення (заохочення) ефективніше, ніж покарання, для формування нових складних форм поведінки. Підкріплення може мати об'єктивну, задалегідь відому загальноприйнятну цінність або деяку суб'єктивну цінність для конкретного індивіда (особистісний зміст). Другий тип підкріплення ефективніший. Соціальне схвалення розглядається як надзвичайно сильний мотивуючий фактор, що змушує людей терпіти навіть фізичний дискомфорт, якщо вони розраховують на те, що їхня поведінка викликає схвалення інших людей, значущих для них.

Таким чином, з точки зору А. Bandura, необхідно говорити про реципрокний детермінізм зовнішніх ситуаційних факторів поведінки та внутрішніх когнітивних факторів (очікувань, віри, самосприяття).

А. Bandura велику увагу приділяв саме внутрішнім факторам розвитку (самооцінці, саморегуляції, успішності). У 1977 р. він значно розширив теорію соціального навчання, включивши до неї концепцію самоефективності, що пояснює функціонування та зміну особистості [Bandura, 1977: р. 191–215; Bandura, 1982: р. 122–147; Bandura, 1986: р. 359–373].

Самоефективність розуміється як переконання людини у своїй здатності справлятися зі специфічними і складними ситуаціями, самооцінка власної поведінкової компетентності. Ті особи, які сприймають себе самоефективними, докладають більше зусиль до вирішення складних завдань, ніж ті, хто випробовує сумніви у своїх можливостях, і виявляються успішнішими у подоланні труднощів та досягненні успіху. Самоефективність є не стабільною і статичною характеристикою, а змінною, величина якої залежить від актуальної ситуації та колишньої історії розвитку індивіда, на яку можна цілеспрямовано впливати. Через оцінку рівня самоефективності можна точно передбачити реальну поведінку, припустити, як саме діятиме індивід у тій чи іншій ситуації.

Отже, у своїй пізній формі *соціально-когнітивна теорія* інтегрує положення біхевіоризму, когнітивної та гуманістичної психології, а також інших соціальних наук. Ключовим положенням теорії є наяв-

ність взаємного (реципрокного) зумовлення особистісних факторів, факторів середовища середовищних (у широкому та вузькому сенсах) та власне поведінки. До особистісно психологічних детермінантів поведінки в соціально-когнітивній теорії відносять самоефективність та очікування щодо результату поведінки (outcome expectations). Очікування щодо результату – це уявлення про ймовірність настання тих чи інших наслідків конкретної поведінки та цінність таких наслідків для людини.

Теорії поведінки у сфері здоров'я на рівні спільноти

Класичною теорією поведінки цього рівня є *теорія дифузії інновацій*, яка розроблялася американським дослідником Е. Роджерсом [Rogers, 1995], що успішно використовується не тільки для опису процесів у сфері громадського здоров'я, а й у маркетингу та комунікації. Проаналізувавши поширення нових ідей, товарів тощо, він дослідив різну схильність до нового в різних людей у суспільстві. Е. Роджерс виділив у процесі адаптації нової ідеї шість етапів у поведінці потенційних користувачів нового продукту: 1) увага; 2) інтерес; 3) оцінка; 4) перевірка; 5) прийняття; 6) підтвердження. Дифузія інновацій описує процес поширення будь-яких нововведень серед членів соціальної системи. При цьому дифузію як природний процес слід відрізнити від процесу поширення (dissemination) – запланованих і планомірно реалізованих зусиль щодо поширення того чи іншого продукту; дифузія може бути, а може й не бути прямим або непрямим результатом даного поширення. Під інновацією розуміється будь-яка ідея чи продукт, який сприймається як щось нове в будь-якій групі.

Е. М. Rogers [Rogers, 2003] виділяє в популяції кілька груп, що відрізняються за ступенем «відкритості» нового досвіду. Найбільше відрізняються полярні групи – інноватори (ті, хто в першу чергу за своє нове і прагне цього) і консерватори, які активно опираються всьому новому та незвичайному. Більша частина популяції перебуває у проміжному стані. Поширення інновації у співтоваристві починається з інноваторів, потім охоплює більшість, і зрештою приймається консерваторами, коли інновація перестає бути такою і стає повсякденною нормою. Інноватори, а також члени спільноти, які мають великий авторитет і вплив, ставши суб'єктами поведін-

кових змін, потім поширюють нові ідеї та установки, впливають на соціальні норми, прийняті в даній субпопуляції, чи то ризиковані форми поведінки, чи, навпаки, профілактичні повідомлення або превентивна поведінка.

Люди змінюються не тому, що їм стають доступними нові наукові дані або свідчення, а в результаті сприйняття суб'єктивних суджень близьких їм людей, які користуються їх довірою, рівного соціального або групового статусу, які змінили свою поведінку і слугують переконливим прикладом правильності такого рішення. Підготовлені «рівні» наставники можуть ефективно мотивувати представників цільової групи, слугувати адекватними зразками на користь зміни поведінки [Просвещение по методу..., 2007].

Теорія дифузії соціальних інновацій останнім часом знаходить серйозне підтвердження в дослідженнях профілактичних програм у галузі громадського здоров'я [Winett et al., 1995: p. 233–245]. Одними з перших її застосували J. A. Kelly та співавтори [Kelly, 1995; Kelly, Kalichman, 1995: p. 907–918; Kelly, 2004: p. 139–150] для дослідження ефективності превентивних втручань на рівні спільноти, спрямованих на профілактику ризикованої сексуальної поведінки та ВІЛ-інфекції. Серія проведених лонгітюдних досліджень показала, що профілактичні тренінги із залученням неформальних лідерів громадської думки є ефективною та ресурсозберігаючою превентивною технологією. Емпіричні дані свідчать, що для досягнення значного ефекту у профілактичних тренінгах має взяти участь щонайменше 15% членів спільноти. Участь «рівних» наставників особливо важлива у проєктах, спрямованих на вразливі групи, через закритість і важкодоступність останніх (СІН, особи, які живуть з ВІЛ, РКС, безпритульні діти, ув'язнені тощо). Показано, що наставники з-поміж «рівних» можуть стати найбільш ефективним каталізатором бажаних поведінкових змін у своїх спільнотах [Ngugi et al., 1996: p. 240–247].

Після проходження навчання профілактичної спрямованості, найчастіше у вигляді тренінгів, вони здатні встановлювати ефективні та довірчі взаємини, оскільки володіють адекватним знанням і використовують зрозумілу аудиторії мову та термінологію, а також невербальні засоби спілкування (наприклад, жести), що дають змогу їх співрозмовникам почуватися комфортно в процесі обговорення

питань сексуальності та ПСШ. Робота за принципом «рівний – рівному» значно розвиває і самих «рівних» наставників, які є представниками цільової групи. Виступ у ролі людини, яка навчає, забезпечує найбільш повне засвоєння інформації та вироблення позитивних життєвих навичок. Так, «рівний» набуває досвіду спілкування, навичок лідерства, можливостей для професійного та особистісного зростання, контактів, здатних допомогти в майбутньому, наприклад при працевлаштуванні.

Превентивні програми за моделлю «рівний – рівному» економічно вигідніші порівняно з програмами зниження шкоди чи соціального супроводу. Недоліком програм, що реалізуються за принципом «рівний – рівному», є те, що «рівні» можуть виконувати лише обмежений спектр робіт, а за професійною допомогою представників цільової групи слід спрямовувати до фахівців. Представники цільових груп не завжди довіряють компетентності «рівних» і вважають за краще отримувати інформацію, особливо пов'язану зі здоров'ям, від фахівців.

Другим перспективним підходом є опис запровадження змін у поведінку в сфері здоров'я лише на рівні суспільства через поняття організації спільнот (community organizing чи community building). У найпростішій формі спільноти виділяються на підставі географічної належності, у більш широкому сенсі вони можуть бути визначені як одиниці організованої соціальної взаємодії або символічні одиниці колективної ідентичності [Hunter, 1975: p. 537–552].

У контексті вивчення, наприклад, вакцинації географічний контекст видається істотно менш важливим, ніж загальні соціальні установки щодо вакцинації та розуміння здоров'язберігаючої поведінки в цілому. З поширенням інтернету дедалі більш актуальними стають віртуальні спільноти, де місце проживання є лише однією з характеристик члена спільноти, часто не суттєвою та далеко не завжди відомою.

Ключовою характеристикою процесу та результату розвитку спільнот є розширення повноважень чи можливостей (empowerment) – розширення можливостей людей у прийнятті рішення, впливу, контролю над соціальними інститутами, які впливають на їхнє життя [Nagayan-Parker, 2002]. У найзагальнішому вигляді цей процес можна визначити як процес соціальної дії, спрямованої на одержання людьми

влади над власним життям та життям своєї спільноти. Безумовно, цей процес, що розглядається в гуманістичному сенсі, видається як бажаний і корисний. Тому емпіричні роботи переважно орієнтовані на вивчення організації спільнот як ресурсу профілактики. Однак у нашому випадку можна також говорити про наявність угруповань, організованих за ознакою відкидання стандартних методів лікування та профілактики, наприклад, власне спільноти противників вакцинації [Witteaman, Zikmund-Fisher, 2012: p. 3734–3740; Kata, 2012] або спільноти, що заперечують існування ВІЛ-інфекції [Meulakhs, 2014]. Результатом їх успішного функціонування та розширення можливостей може стати в тому числі й певна шкода громадському здоров'ю.

Підхід до опису поведінки у сфері здоров'я з погляду окремих спільнот успішно розвивається переважно в роботах соціологічного спрямування. Тоді як пояснювальні змінні механізми зміни поведінки в спільнотах дослідники дедалі частіше залучають соціально-психологічні змінні. Наприклад, поняття соціальних мереж, соціальної підтримки та соціального капіталу, що розвиваються в роботах зарубіжних вчених [Cohen, 2004; Coleman, 1998: p. S95–S120].

Розширення можливостей (empowerment) на індивідуально-особистісному рівні супроводжується розвитком навичок, критичним розумінням соціального контексту та своїх можливостей у його зміні, мотивації контролю над власним життям, зміною характеристик локусу контролю та самоефективності [Zimmerman, 1990: p. 169–177]. Аналіз емпіричних досліджень показує, що сама участь у спільноті (на прикладі онлайн-спільнот) дає змогу людям реалізувати безліч власних потреб, наприклад у самовираженні, соціальній підтримці, саморозвитку, становленні та розвитку репутації всередині спільноти [Minkler, 2008].

До теорій сприяння здоров'ю на рівні спільнот [Adizes, 1988; Rosenstock, Strecher, Becker, 1988: p. 175–183; Longest, 2002: p. 83–128] належить «теорія організації спільнот».

Теорія організації спільнот. Організація спільноти – це процес, метою якого є допомога соціальним групам виявити їхні загальні потреби, проблеми або мету, мобілізувати ресурси, розробити та реалізувати стратегії для досягнення цілей. Компетентність спільноти як здатність спільноти брати участь у ефективному вирішенні проблем – одна з ключових понять теорії. Якщо члени спільноти в

процесі спільної праці мають досягти певних цілей і подолати певні проблеми, найбільш ефективним методом досягнення компетентності буде залучення до активної участі всіх членів спільноти та колективного формування конкретних цілей на основі попередніх цілей, формуючи розуміння доцільності членами спільноти. Важливим також є визначення досяжних, простих, конкретних проблем, на які будуть спрямовані дії через обговорення проблем і вибір найбільш реальних для успішного здійснення.

Організація спільноти = *Соціальна мобілізація* (модель Ротмана) формує розуміння організації спільноти через соціальну мобілізацію. Особливістю практики сприяння здоров'ю в контексті теорії організації спільнот є активне залучення членів спільноти до виявлення їхніх пріоритетних завдань у сфері охорони здоров'я і розробки відповідних дій для вирішення цих завдань. Організація спільноти складається з кількох окремих альтернативних моделей змін:

– Модель суспільного планування використовує конкретні завдання. Вона орієнтована на вирішення проблем за допомогою досвідчених фахівців-практиків, які надають технічну допомогу в інтересах спільноти.

– Модель місцевого розвитку – також називають «розвитком спільноти» – використовує різних членів спільноти для виявлення і вирішення їхніх власних проблем. Ця модель акцентує увагу на досягненні консенсусу; створенні можливостей; орієнтації на найважливіші завдання.

– Модель соціальних дій спрямована на підвищення здатності спільноти вирішувати свої проблеми і досягати конкретних змін.

Теорії сприяння здоров'ю рівня суспільної політики [Adizes, 1988; Bracht, 1999; Glaser, 2005: p. 243–251].

Модель Міліо. Н. Міліо запропонувала термін «здорова суспільна політика». Вона акцентувала увагу на тому, що стан здоров'я населення залежить від індивідуальних рішень людини. Головна ідея концепції «здорова суспільна політика» полягає в тому, щоб за допомогою політичних заходів зробити як здоровий персональний вибір, так і створення здорового навколишнього середовища найпростішим і найдешевшим вибором. Н. Міліо розробила понятійну модель для пояснення того, як розробляється дієва політика поліпшення здоров'я. Модель включає певні стадії розробки політики: початок,

дії, втілення, оцінка і переформулювання. Подібні моделі, що передбачають визначені стадії політичного процесу, були запропоновані також іншими авторами. Особливостями цієї моделі стадій є те, що перелічені кроки розробки та втілення політики розглядаються як послідовні.

Тривимірна концепція здорової суспільної політики. Концепцію здорової суспільної політики розробили Гамільтон і Бгатті. Для демонстрації важливих для здорової політики компонентів і їх взаємозв'язків, автори використали куб. Перший вимір куба складається з конструктивних проблеми, подібних до перелічених у моделі Міліо, а саме: ідентифікація проблеми, формулювання, вибір, адвокація, прийняття, втілення, оцінка, переформулювання політики. Другий вимір включає такі передумови вирішення проблеми як інформаційна база, політична воля, соціальна стратегія. Третій вимір описує контекст у таких термінах, як дохід і соціальний статус, мережі соціальної підтримки, освіта, умови праці, фізичне оточення, біологічні та генетичні особливості, особисті практики щодо здоров'я, навички подолання труднощів, здоровий розвиток у дитинстві, медичні послуги, гендерні особливості, культура. Усі три виміри куба є важливими для процесу побудови здорової суспільної політики [Вакуленко, б. д.].

Отже, **теорія здорового способу життя** [Андрєєва, 2012; Perry, Jessor, 1985: с. 169–184] враховує різні аспекти життєдіяльності людини. Визначити її місце в межах одного з рівнів екологічної перспективи видається складним. Вплив на здоров'я людини може здійснюватися через дві основні стратегії: контроль та усунення шкідливих для здоров'я звичок, придбання або закріплення звичок, корисних для здоров'я. Наразі теорія здорового способу життя реалізується в стратегії зміцнення здоров'я та профілактики хвороб, яка в багатьох країнах реалізується у вигляді рекомендованої ВООЗ програми «Здоров'я для всіх».

Усі описані теоретичні концепції зміни поведінки мають низку загальних положень. Відмінності між теоріями зводяться до різних детермінантів і механізмів реалізації поведінкових змін, що вони виділяють. У практиці реалізації програм із профілактики наркоманії, ПСШ та інших негативних явищ у галузі громадського здоров'я можливе використання різних теоретичних підходів. Превентивні

програми можуть наголошувати на сприйнятті загрози (модель переконань, пов'язаних зі здоров'ям), на намірі діяти (теорія навмисної дії), на результативності розвитку специфічного поведінкового досвіду (теорія соціального навчання), на мотивованості та готовності до змін (транстеоретична модель), на вплив лідерів громадської думки (теорія дифузії інновацій) та ін.

Головним обмеженням багатьох теоретичних підходів є те, що вони є концептуальними узагальненнями й абстраговані від специфічності зовнішніх і внутрішніх складових ризикованої поведінки. Це стосується, зокрема, поведінки, пов'язаної з вживанням наркотиків, і сексуальної поведінки, що включає яскраво виражені емоційні складові, у тому числі переживання задоволення й потягу.

Відсутність комплексних теорій сексуальної поведінки та поведінки, пов'язаної з вживанням наркотиків, змушує при розробці програм профілактики спиратися на теорії щодо загальних аспектів здоров'я, соціальних дій та поведінкових змін. Однією з ключових ланок залучення людини до сексуальних контактів і вживання наркотиків є людські взаємини, проте існуючі моделі поведінкових змін дуже часто не апелюють безпосередньо до таких унікальних аспектів цих взаємин, як любов, захоплення, самооцінка, влада, виживання, інтимність, примус, довіра і т. д.

Тим часом слабо вивчені й внутрішні чинники ризикованої поведінки. Фахівці виділяють групи ризику за соціально-поведінковими ознаками, але мало що можуть сказати про індивідуальні психологічні детермінанти ризикованої поведінки. Складність людської поведінки, нерозривний зв'язок його з усім спектром людських взаємин, з психологічними і соціальними факторами створюють величезні труднощі для розробки, планування, реалізації та оцінки результативності превентивних програм.

Як правило, сучасні ефективні інтервенції включають елементи різних теоретичних концепцій зміни поведінки або ґрунтуються на комбінації кількох теорій. Досвід західних фахівців із превенції ВІЛ-інфекції та інших соціально небезпечних хвороб, що часто обмежується психологічним, медичним рівнем аналізу, необхідно доповнити досягненнями вітчизняної соціології у сфері поведінкових теорій у сфері здоров'я.

1.2. Визначення основних понять дослідження поведінки у сфері здоров'я

Дослідження соціальної природи масових хвороб, зокрема й соціально небезпечних хвороб і ступеня впливу на їх поширення соціальних чинників, потребує чіткого визначення самого предмета вивчення – соціально зумовленості хвороб і відмежування цього поняття від схожого за звучанням терміна «соціальні хвороби». Проблема полягає в тому, що в сучасній науковій літературі присутні як мінімум чотири поняття, що збігаються за звучанням, що позначають окремі види масових хвороб. Це такі визначення, як «соціальні хвороби», «соціально зумовлені (соціально детерміновані) хвороби», «соціально значущі хвороби» та «соціально небезпечні хвороби». Відмінність у застосуванні цих термінів залежить у тому числі від того, в якій галузі наукових досліджень вони використовуються: у медицині, соціології, демографії, юриспруденції чи будь-якій іншій. Однак виділити розбіжності у змісті названих дефініцій і, що ще важливіше, отримати уявлення про те, яка саме група захворювань стоїть за кожною з них, яка природа цих захворювань часто зовсім неможливо. Відповідно неможливо зрозуміти, про яке саме негативне явище йдеться в кожному конкретному випадку (про ВІЛ-інфекцію, наприклад, або про соціальне сирітство) і які методи протидії цим явищам можуть бути запропоновані.

Поняття «соціальні хвороби», «соціально зумовлені хвороби», «соціально значущі хвороби» і «соціально небезпечні хвороби» у медичному й соціологічному дискурсі

У медичній термінології поняттям «соціальні хвороби» позначають особливий клас інфекційних захворювань, які локалізуються в тілі людини та виникають унаслідок зараження. До таких захворювань належать, наприклад, чума, холера, туберкульоз, малярія, СНІД, венеричні захворювання тощо.

Практика віднесення перелічених захворювань до «соціальних» склалася ще за радянських часів у контексті критики буржуазного суспільства. Так, на думку авторів Великої радянської енциклопедії, соціальні хвороби – це хвороби людей, виникнення і поширення

яких «залежать від впливу несприятливих умов соціально-економічного устрою», і насамперед від таких факторів, як класові антагонізми та соціальна нерівність. До соціальних хвороб за такого підходу були віднесені туберкульоз, венеричні захворювання (сифіліс), алкоголізм, наркоманія, а також рахіт, ревматизм, авітамінози та інші хвороби недоліків харчування [Соціальні хвороби..., б. д.].

Відповідно до загальноприйнятих підходів соціальні хвороби розглядаються як захворювання людини, виникнення та поширення яких пов'язане переважно з несприятливими соціально-економічними умовами проживання населення. Ці хвороби набули такого значення тому, що знизився загальний рівень життя населення, змінилися умови перебування людей як на робочому місці, так і в побуті, зросла кількість хворих, які не отримують адекватного лікування, тощо [Гвоздй, 2019; Рудкевич, 2021; Основи соціальної географії, 2016].

У медико-правовому дискурсі фігурують ще два схожі за змістом поняття – «соціально значущі хвороби» та «соціально небезпечні хвороби». Обидва терміни є, наприклад, у наказі МОЗ України «Про функціонування інформаційної системи «Моніторинг соціально значущих хвороб» № 1317 від 25.07.2022 і статті 53 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Спеціальні заходи профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань.

У згаданому наказі МОЗ України від 25.07.2022 вказано, що «соціально значущі хвороби (СЗХ) – інфекційні та неінфекційні хвороби, що мають не лише медичне, але й соціальне значення, згідно з переліком, наведеним у додатку до цього Порядку». Ніяких родових ознак цих захворювань у названому наказі не наводиться. Можна лише припустити, що до них належать захворювання, що викликають занепокоєння через їхнє велике поширення серед працездатного населення (туберкульоз, інфекції, що передаються переважно статевим шляхом, гепатит В, гепатит С, хвороба, спричинена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), злоякісні новоутворення, цукровий діабет, психічні розлади та ін.), а до другої – хвороби, які через свою вірусну природу можуть легко передаватися від людини до людини, викликаючи масові зараження (ВІЛ, вірусні лихоманки, гельмінтози, гепатит В, гепатит С, дифтерія, лепра, малярія, педикульоз, сибірка, туберкульоз, холера, чума та ін.).

Щодо статті 53 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» «Спеціальні заходи профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань», то в ній перелічені такі соціально небезпечні захворювання, як туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепра, хронічний алкоголізм, наркоманія.

Нескладно помітити, що ряд хвороб, перелічених у документах, що розглядаються, внесені в обидва переліки захворювань. Проте проблема полягає в тому, що ні в науковій, ні в методичній літературі немає розгорнутого аналізу поняття «соціально значуща хвороба». Наявні характеристики зводяться головним чином до того, що соціально значущі хвороби – це хвороби, зумовлені соціально-економічними умовами, які завдають шкоди суспільству й потребують соціального захисту людини.

Прийнято вважати, що термін «соціально значущі хвороби» виник у ХІХ ст., у часи бурхливого розвитку промислового виробництва та поширення низки захворювань, пов'язаних з важкими умовами праці та невлаштованим побутом. На той час високий рівень захворюваності на недуги цього типу (насамперед туберкульоз) пов'язувався з недоступністю кваліфікованої медичної допомоги. Однак поступово поняття «соціальні хвороби» стало використовуватися в соціально-гуманітарних науках, де розширилася предметна сфера явищ, що позначаються ним. Демографи, наприклад, ввели в науковий обіг поняття «хвороби соціального неблагополуччя», у якому не важко помітити схожість із поняттям «соціальні хвороби», що використовується у медицині. Проте терміном «хвороби соціального неблагополуччя» у демографії позначають захворювання, які мають як інфекційний, так і неінфекційний характер. Поряд із туберкульозом та СНІДом, до них відносять наркоманію, токсикоманію, алкоголізм.

Послідовна спроба цілісного опису категорії «соціальні хвороби» сьогодні є, мабуть, лише в соціології. Однак і тут чітка межа між недугами людського тіла та соціальними відхиленнями як найбільш характерними ознаками таких хвороб відсутня.

Дефініція «соціальні хвороби» охоплює «хвороби соціального неблагополуччя», але не зводиться до них, оскільки до перших відносять ще й ті, які хворобами в медичному сенсі не є взагалі (наприклад, безробіття, шовінізм, рекет, расизм, хабарництво та ін.). Неважко помітити, що сукупність «соціальних хвороб» за такого під-

ходу значно розширюється. Звісно ж, що включення до однієї групи хвороб зовсім різної природи (захворювань, що вражають людський організм, і «хвороб» суспільного розвитку) не може адекватно відобразити сутність розглянутого явища і відповідно не сприяє пошуку шляхів протидії як першим, так і другим.

Отже, термін «*соціальні хвороби*» не може застосовуватися до масових захворювань, що локалізуються в тілі окремої людини або групи осіб. Водночас за аналогією з викладеним можна стверджувати, що відхилення у фізичному, психічному чи розумовому стані людини, викликані соціальними чинниками, перешкоджають вільному функціонуванню окремого організму, і породжують явище, що може бути визначено, як «соціально зумовлена хвороба». Якщо однотипні соціальні чинники викликають відповідні недуги у великих групах населення, ці недуги набувають масового характеру, тобто перетворюються на масову хворобу. Термін «епідемія» до поширення таких хвороб може бути застосований лише умовно, у переносному значенні, оскільки йдеться про захворювання неінфекційної природи. Масові хвороби, зумовлені соціальними чинниками, – соціально зумовлені масові хвороби – перешкоджають нормальному функціонуванню як окремого індивіда, так і суспільства загалом.

Під *соціально зумовленими хворобами* слід розуміти об'єктивні, спостережувані відхилення, які розпізнаються за зовнішніми ознаками, у фізичному, психічному чи розумовому стані людини, виникнення яких тісно пов'язані з впливом соціальних чинників. Найбільш яскраво негативна роль таких факторів проявляється у тих випадках, коли самі вони є відображенням дисфункціонального стану окремих суспільних елементів або всього суспільства загалом. Значне поширення таких відхилень призводить до того, що захворювання набувають масового характеру, незалежно від того, мають вони інфекційну природу чи ні. При цьому можна говорити про пряму залежність між масштабами поширення хвороби та ступенем її соціальної зумовленості: що більш соціально детерміновані причини має хвороба, то ширші маси населення вона вражає.

Якщо як основну передумову поширення соціально зумовлених хвороб розглядати дисфункціональні стани окремих суспільних елементів або всього суспільства в цілому, то найбільш очевидним шляхом усунення таких хвороб (або як мінімум зменшення їх чи-

сельності) слід розглядати способи усунення деформацій суспільного розвитку. Однак як неоднорідні соціальні причини та фактори, що зумовлюють масове поширення тих чи інших захворювань, настільки ж неоднорідні й можливі шляхи мінімізації впливу названих факторів. При цьому виходить слід саме з того, що основна специфіка соціальних факторів полягає в тому, що повністю виключити їх вплив із життя суспільства неможливо. Інакше кажучи, доки існує й розвивається саме суспільство, існуюватимуть і ті чи інші деформації в його розвитку, здатні викликати відхилення у фізичному, психічному, розумовому стані людини, у моральному стані суспільства в цілому. За такого підходу на перший план висуваються соціальні кореляти масових захворювань, чітко проглядається їх соціальна природа. Не тільки індивід може постати перед обличчям свого соціального оточення як хворий чи «ненормальний», а й усе суспільне життя виявляється патологічним, якщо розглядати його у світлі вищих людських потреб та цінностей. Стає можливим вирішувати проблему «оздоровлення суспільства» серед першочергових соціальних і політичних завдань сучасності.

Отже, досліджуючи проблеми подолання негативного впливу соціальних факторів, що сприяють виникненню й поширенню масових хвороб, у тому числі соціально небезпечних, важливо розуміти, що може йтися не так про повне усунення відповідних факторів, як про значне обмеження, мінімізацію їх впливу на стан груп населення чи суспільства в цілому.

Варто зазначити, що вирішенням проблем подолання соціальної зумовленості масових хвороб в історії суспільної думки займалися багато філософів, соціологів, психологів, культурологів. Так, німецький філософ Г. Маркузе, який свого часу обґрунтовував необхідність поступового переходу до цивілізації нерепресивного типу, проповідував Велику Відмову – відчуження від принципів і цінностей репресивної цивілізації. Згідно з його вченням щастя і благополуччя людини потребує повної реорганізації суспільства з метою перетворення важкої праці (основи суспільного життя) на «вільну гру людських здібностей» [Marcuse, 2002]. Однак будь-яких конкретних рекомендацій щодо перебудови суспільства та створення такої соціальної системи, яка б дала змогу людині повернути собі насолоду життям у всій повноті, філософ не залишив.

Вихід із патологічного стану, що охопив усе суспільство як єдиний організм, Е. Фромм убачав у цілій низці економічних, політичних і культурних перетворень, у зміні всієї системи соціальних цінностей, у підпорядкуванні соціальної практики людської солідарності та духу благоговіння перед життям [Fromm, 1955]. Він у такий спосіб справедливо вважав, що оздоровлення окремих індивідів неможливе поза рамками глобальної перебудови суспільства.

Звісно ж, що основним критерієм, який дає змогу відмежувати «соціально зумовлене масове захворювання» від будь-якої іншої масової хвороби, є роль соціуму у його виникненні: у випадку з інфекційними масовими захворюваннями суспільство лише сприяє їх поширенню (чим більшу щільність має населення, чим гірше в ньому дотримуються правила гігієни, чим нижчий рівень санітарно-епідеміологічного обслуговування тощо, тим легше передається інфекція і тим більшу поширеність мають окремі захворювання (вірусні, грибкові та ін.), у випадку ж із соціально зумовленими хворобами останні є породженням самого суспільства та певних етапів його розвитку (наркоманія, травматизм тощо).

Розгляд соціально зумовлених хвороб із позиції соціально-філософського знання дає змогу розділити їх на групи залежно від якісних ознак відхилення. За цим критерієм виділяють:

1) фізіологічні (соматичні) хвороби (туберкульоз, СНІД, серцево-судинні захворювання, злоякісні новоутворення, ожиріння та ін.);

2) психічні хвороби (манії та психози, професійне та емоційне вигорання);

3) їх симбіоз, так звані психосоматичні розлади (наприклад, «синдром хронічної втоми», що провокує розвиток гіпертонії, астми та ін.).

Слід зазначити, що за певного рівня поширення соціально зумовлені хвороби самі перетворюються на соціальне явище. Цілком доречно говорити, наприклад, про пияцтво або про ігроманію як про соціальні явища. Що ж до соціальної небезпеки, її несуть у собі будь-які масові захворювання (як вірусної етіології, так і соціально зумовлені), оскільки і ті й інші створюють загрозу соціальній безпеці, заважають стабільному розвитку суспільства, ставлять людей на межу виживання.

Масові хвороби, які можуть бути віднесені до соціально зумовлених, украй небезпечні насамперед тому, що є не просто певними відхиленнями у фізіологічному (психічному, розумовому) стані людей, а соціальними явищами, що перешкоджають нормальному функціонуванню суспільного організму. Соціальна небезпека пияцтва, наприклад, виражається не так у тому, що, маючи пристрасть до спиртних напоїв, людина ризикує стати хронічним алкоголіком і втратити здоров'я, скільки в тому, що алкоголь притуплює здатність людини розпізнавати негативні наслідки своєї поведінки і робить її небезпечною для суспільства. Поступова деградація людини як особистості перетворює її на асоціальний елемент.

Отже, соціально зумовлені масові хвороби – це не лише хвороби, детерміновані соціальними чинниками, а й хвороби, однією з суттєвих характеристик яких є їхня здатність переростати в негативне соціальне явище, асоціюватися з ним. Нагадаємо, однак, що в понятійному апараті суспільних наук для позначення несхвалюваних суспільством елементів у поведінці суб'єктів присутній термін «поведінка, що відхиляється». Останній, здається, адекватніше, ніж термін «соціальні хвороби», відбиває суть аналізованого явища.

Отже, доводиться констатувати, що в рамках сучасної науки і, зокрема, у таких її галузях, як соціальна медицина та суспільне здоров'я, поняття «здоров'я» втрачає свій первинний (медичний) зміст. Як наслідок відбувається підміна понять (здоров'я фізичне і здоров'я моральне), що ускладнює пошук шляхів протидії соціально зумовленим масовим захворюванням. З цієї причини термін «соціальні хвороби», за допомогою якого здійснюється опис і дослідження деформацій суспільного розвитку (тобто явищ, що локалізуються не в тілі людини, а в самому соціумі (девіантної поведінки, поведінки, що відхиляється), повинен бути виключений з лексики суспільних практик щодо подолання масових захворювань.

Як зазначалося, поняття «*соціально значущі хвороби*» виникло в епоху бурхливого промислового розвитку. Тоді високий рівень захворюваності на цю форму патології (насамперед туберкульоз) пов'язувався з важкими умовами праці, незадовільними побутовими умовами та недоступністю кваліфікованої медичної допомоги. Як показав хід історичного процесу, соціальні перетворення, спрямовані на покращення умов праці та створення техніки безпеки, підвищення

якості життя працюючих, розвиток медицини призвели до зниження захворюваності на деякі види хвороб цієї групи. Слід зазначити, що до соціально значущих хвороб тоді різні автори відносили різні хвороби. Туберкульоз і захворювання, що передаються статевим шляхом, спочатку відносили до цієї групи. Іноді до соціально значущих хвороб відносили вітамінну недостатність (гіповітамінози), неврози, голодування та низку професійних захворювань.

У 1980-х роках з'явилися перші повідомлення про те, що в деяких країнах світу (США, Іспанія, Бразилія, Танзанія) виявлено раніше невідому форму порушення імунітету, що клінічно має перебіг у вигляді пухлинного захворювання. З'ясувалося, що причиною хвороби є вірус імунодефіциту людини – ВІЛ. Це захворювання отримало назву «синдром набутого імунного дефіциту» – СНІД. Було виявлено, що багато людей є носіями ВІЛ-інфекції, але клінічні прояви захворювання у них відсутні. Цю групу хворих називають «ВІЛ-інфікованими». Доволі швидко ВІЛ-інфекція набула характеру епідемії. Цьому сприяли виключно соціальні чинники: майже сто відсотків хворих є чоловіками-гомосексуалістами та наркоманами (як чоловіками, так і жінками). У цей час з МКБ-10 (1995) гомосексуалізм був виключений як захворювання [Социально значимые заболевания..., б. д.].

Соціально значущі хвороби (інфекційні та неінфекційні) – це хвороби, що мають не лише медичне, а й соціальне значення, є загрозою для значної кількості осіб, і хворі потребують соціального захисту. Основні ознаки соціально значущих інфекційних хвороб такі [Сергеєва, Круглов, Максименко, Кислих, Марциновська, 2016]:

- масовість захворювання (високий рівень поширеності, у тому числі значна частка прихованого компоненту епідемічного процесу);
- високі темпи щорічного приросту кількості захворілих (можливість швидко поширюватись серед населення);
- обмеження повноцінного функціонування хворого в суспільстві;
- небезпека для оточуючих (інфекційна);
- ураження осіб молодого віку (сексуально активного віку);
- можливість профілактики і призупинення розвитку хвороби на початковій її стадії.

На сьогодні соціально значущі хвороби розглядають як одну з основних загроз для здоров'я населення, а також суттєвий тягар для органів охорони здоров'я та суспільства в цілому. Останнє зумовлю-

ється тим, що більшість з цих хвороб спричиняють тимчасову або стійку втрату працездатності; потребують величезних фінансових витрат на профілактику, лікування, реабілітацію (а деякі – терапії впродовж усього життя); негативно впливають на якість і тривалість життя та спричиняють передчасну смерть; доволі часто пов'язані зі злочинністю.

Отже, соціально значущі хвороби – це група захворювань, що становлять загрозу сучасному суспільству. Сьогодні ситуація з поширенням соціально значущих хвороб дуже серйозна, яка потребує консолідації багатьох структур, причому не тільки державних, медичних, педагогічних, а й добровольчих. Добровольство має великий потенціал у створенні первинної профілактики, суть якої полягає в розширенні гігієнічних знань серед молоді, формуванні здоров'язбеігаючих стратегій поведінки у ситуаціях, що пов'язані з ризиком зараження чи початком розвитку захворювання.

У низці країн затверджено переліки соціально значущих і небезпечних для оточення захворювань. Зокрема, у Республіці Казахстан такий перелік було затверджено постановою Уряду 04.12.2009 р., № 2018, до якого з-поміж інфекційних захворювань віднесені ТБ, гепатити В і С (ГВ і ГС), ВІЛ-інфекція. Не віднесені інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Група інфекційних хвороб, що становлять небезпеку для оточуючих, є значно ширшою, і як такі визнані: ВІЛ-інфекція та носійство ВІЛ, Конго-Кримська геморагічна лихоманка, дифтерія, менінгококова інфекція, поліомієліт, ІПСШ, лепра, малярія, сибірська виразка (легенева форма), ТБ, холера, чума, черевний тиф, вірусний гепатит А. Згідно з Кодексом «Про здоров'я народу і систему охорони здоров'я» медична допомога людям, які страждають на соціально значущі або небезпечні для оточуючих хвороби, надається безкоштовно або пільгово. Щоправда, 2015 р. постанова № 2018 втратила чинність.

У США визначено інфекційні хвороби суспільного значення (Communicable Diseases of Public Health Significance) і карантинні хвороби (Quarantinable Diseases). Першу групу формують 7 соціально небезпечних захворювань: активна форма ТБ, венеричний лімфогранулематоз, гонорея, гранульома пахова, інфекційна проказа, інфекційний сифіліс, м'який шанкр. Другу – 9 карантинних захворювань: атипова пневмонія, хвороба Ебола та інші геморагічні лихоманки

(Ласса, церкопітекова марбург-вірусна лихоманка, Конго-Кримська геморагічна лихоманка, південно-американська геморагічна лихоманка та ін.), дифтерія, жовта лихоманка, віспа, пандемічний грип, поліомієліт (спричинений поліовірусом дикого типу), холера, чума. До 2010 р. 8-ю нозологією у першій групі була ВІЛ-інфекція, але з 01.04.2010 р. її виключили зі списку соціально небезпечних хвороб. Але цей перелік наведено у рекомендаційних документах, що стосуються іміграційної політики [Сергеева, Круглов, Максименко, Кислих, Марциновська, 2016].

Отже, аналіз нормативно-методичних документів України та інших країн дав змогу встановити, що деякі інфекційні хвороби водночас наявні в переліку особливо небезпечних, небезпечних, соціально значущих хвороб і хвороб, які становлять небезпеку для оточуючих. Згідно з критеріями міжнародної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, 10-го перегляду (МКХ-10, 1989), до переліку відносять ТБ (код за МКХ-10 А15 – А19), ІПСШ (А50 – А64), хворобу, спричинену ВІЛ (В20 – В24), ГВ (В16, В18.0, В18.1), ГС (В17.1, В18.2). Хворі з зазначеною патологією становлять безпосередню загрозу як джерела збудників інфекції для здоров'я оточуючих осіб. При цьому перебіг епідемічного процесу ТБ, ВІЛ-інфекції, ГВ і ГС, ІПСШ на теперішній час значною мірою зумовлений соціально-економічними змінами, що відбуваються в суспільстві. Отже, ці інфекції можна водночас віднести й до соціально значущих, і до соціально небезпечних, і до соціально зумовлених, соціально залежних хвороб сьогодення, хвороб соціального неблагополуччя.

Проаналізувавши різні терміни, які стосуються соціальних хвороб, у своєму дослідженні ми використали термін «соціально небезпечні хвороби».

Соціально небезпечні хвороби доволі численні, взаємопов'язані, характеризуються швидкістю і непередбачуваністю поширення, можливістю появи нових форм, мають величезний спектр негативних наслідків і передусім загрожують здоров'ю і життю пересічних людей [Семигіна, 2010].

До найпоширеніших соціально небезпечних хвороб відносять туберкульоз, венеричні захворювання (ІПСШ), гепатити, ВІЛ, а також алкозалежність, наркозалежність. Зміна рівня захворюваності соціально небезпечними хворобами може відігравати роль «інди-

катора» стану соціально-економічної ситуації в країні та регіонах. Чим вища захворюваність соціально небезпечними хворобами, тим коротша тривалість життя.

Процес поширення інфекційних хвороб у людському колективі – складне явище, на яке, крім суто біологічних моментів (властивостей збудника та стану організму людини), мають величезний вплив такі соціальні чинники: матеріальне становище людей, щільність населення, культурні звички, характер харчування та водопостачання, професія і т. д. Процес поширення інфекційних соціально небезпечних хвороб складається з трьох взаємодіючих ланок:

- 1) джерела інфекції, що виділяє мікроба-збудника або вірусу;
- 2) механізму передачі збудників інфекційних хвороб;
- 3) сприйнятливості населення. Без цих ланок або факторів не можуть виникати нові випадки зараження інфекційними хворобами.

До головних соціальних причин поширення соціально небезпечних інфекційних захворювань належать такі:

- низький рівень життя;
- безробіття;
- низький рівень заробітної плати;
- моральний занепад суспільства, відсутність цінностей;
- пропаганда нездорового способу життя, злочинності в ЗМІ;
- погана екологічна ситуація [Семигіна, 2010].

Ставлення до здоров'я

Розглядаючи проблему ставлення до здоров'я, неминуче стикаємося з багатозначністю цього поняття. Причини її пов'язані головним чином із широким спектром його використання. Цей термін вживається у літературі з філософії, соціології, педагогіки, психології і в кожній зі сфер знань він має своє трактування. У психологічній літературі найчастіше наводиться таке визначення: ставлення до здоров'я – це «система індивідуальних, виборчих зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людей, а також визначають оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану» [Супрун, 2010: с. 315–318].

Відмінною рисою педагогічного погляду на проблему ставлення до здоров'я є наявність виховного й навчального впливу (тобто розробка технологій його формування та розвитку).

У рамках соціологічного вивчення здоров'я поняття «ставлення до здоров'я» є однією з центральних категорій, що визначається як «оцінка власного здоров'я, що склалася, на основі наявних у індивіда знань, усвідомлення його значущості, а також як дії, спрямовані на зміну стану здоров'я» [Bradbury, 1984].

Отже, вивчення ставлення людини до свого здоров'я – це порівняно нова наукова проблема, що має комплексний міждисциплінарний характер.

Структура поняття «ставлення до здоров'я» охоплює:

- 1) оцінку стану здоров'я;
- 2) сприйняття здоров'я як цінності;
- 3) діяльність зі збереження здоров'я.

Ставлення до здоров'я складається з двох взаємодоповнюючих один одного компонентів: збереження здоров'я (запобігання та лікування хвороб) та вдосконалення здоров'я (розвиток біологічних і психологічних характеристик, що забезпечують високу адаптацію до мінливого зовнішнього середовища).

Специфіка феномена «ставлення до здоров'я» полягає в тому, що здоров'я сприймається людьми як щось безумовно дане, потреба в якому відчувається лише за його явного дефіциту. Навіть у ситуаціях хвороби люди часто не вживають дієвих заходів щодо усунення захворювання. Причина такої неадекватної поведінки коріниться у суперечливій природі людських потреб, яким, як зазначав С. Л. Рубінштейн [Коробка,], властивий пасивно-активний характер, а також у специфіці мотиваційної сфери особистості в цілому, що визначає ставлення людини до здоров'я. Нам видається, що саме особливості структури мотиваційної сфери, зокрема специфіка мотивів гігієнічної поведінки, є основним предиктором адекватного чи неадекватного ставлення людини до здоров'я.

У більшості випадків структура теоретичного конструкту «ставлення до здоров'я» визначається через вивчення та опис таких компонентів [Супрун, 2010]:

– когнітивний компонент характеризує знання людини про своє здоров'я, розуміння ролі здоров'я в життєдіяльності, знання основних факторів, які впливають як негативно, так і позитивно на здоров'я людини;

– мотиваційно-поведінковий компонент визначає місце здоров'я в індивідуальній ієрархії термінальних та інструментальних цінностей людини, особливості мотивації у сфері здорового способу життя, а також характеризує особливості поведінки у сфері здоров'я, ступінь прихильності людини до здорового способу життя, особливості поведінки у випадку погіршення здоров'я;

– емоційна складова ставлення до здоров'я має на увазі переживання свого здоров'я чи нездоров'я і є вельми значущою в контексті загальної самооцінки особистості, у визначенні її лінії життя, плану життя, стилю життя. Емоційний компонент відображає переживання і почуття людини, пов'язані зі станом її здоров'я, а також особливості емоційного стану, зумовлені погіршенням фізичного чи психічного самопочуття людини.

Завдяки сформованості мотивації засвоєний зміст понять «здоров'я» та «здорового способу життя» реалізується в поведінці. Однак роль мотиваційного компонента значніша, ніж просто регулювання зв'язку «знання – поведінка», оскільки пов'язана з внутрішнім прийняттям цінності здоров'я та визначенням ступеня активності у збереженні та розвитку власного здоров'я.

В описі ставлення до здоров'я використовується цілий ряд визначень: усвідомлене, відповідальне, ціннісне, правильне, грамотне, раціональне, позитивне, адекватне та ін. Найбільш перспективним, на нашу думку, є розвиток аксіологічного (ціннісного) підходу до дослідження проблеми здоров'я. Сутність аксіологічної парадигми полягає в тому, що здоров'я трактується як цінність, яка може диктувати цілі, наміри та дії не лише окремих людей, а й цілих соціальних інституцій.

Ціннісне ставлення до здоров'я є внутрішнім механізмом регуляції поведінки, заснований на високій суб'єктивній значущості здоров'я та його усвідомленні як передумови реалізації своїх життєвих завдань, воно супроводжується активно-позитивним прагненням до його збереження та зміцнення.

Сьогодні ми можемо констатувати, що цінності формуються в результаті усвідомлення суб'єктом своїх потреб у співвідношенні з можливостями їхнього задоволення. Якщо на мотиваційному рівні не сформована потреба у збереженні здоров'я, то ціннісне ставлення усвідомлюється суб'єктом лише у «проблемних» ситуаціях, коли

відбувається неузгодженість кола потреб, інтересів особистості з реальними можливостями їх задоволення.

Ставлення до здоров'я може бути розглянуто на трьох рівнях: на рівні суспільства, групи або окремого індивіда:

– Ставлення до здоров'я на рівні суспільства включає оцінку стану здоров'я населення і тенденцій його змін, систему соціальних норм щодо суспільної цінності здоров'я та соціальну політику у сфері громадського здоров'я.

– Ставлення до здоров'я на рівні групи (сім'ї, трудового чи навчального колективу, референтної групи) – оцінку стану здоров'я групи та окремих її членів, соціальні норми ставлення до здоров'я, що склалися, а також реальні дії щодо поліпшення стану здоров'я членів групи.

– Ставлення до здоров'я індивіда має на увазі самооцінку індивідом власного стану здоров'я, ставлення до здоров'я як до життєвої цінності, задоволеність станом свого здоров'я та життям у цілому та діяльність щодо його збереження.

Ставлення до здоров'я розглядається також як результат сукупності відносин, що характеризують суспільство на певній стадії його розвитку. Із цим пов'язана проблема виявлення факторів, що впливають на ставлення до здоров'я. На здоров'я і ставлення до нього впливають фактори загального характеру, що визначаються економічною ситуацією, соціально-політичною системою суспільства, особливостями його культури та ідеології, а також фактори специфічного – стан здоров'я (індивідуального і суспільного), особливості способу життя, поінформованість з питань здоров'я, вплив сім'ї, школи, системи охорони здоров'я тощо.

– Ставлення людини до свого здоров'я не залишається незмінним протягом життя, воно змінюється з набуттям нового досвіду.

Формування ставлення людини до здоров'я – складний, суперечливий процес, який зумовлений двома групами факторів:

– зовнішніми факторами, до яких відносять характеристики навколишнього середовища, у тому числі особливості соціального середовища, в якому перебуває людина, її оточення;

– внутрішніми факторами, які являють собою індивідуальні психофізіологічні й психологічні особливості людини, а також стан її здоров'я [Психологічне обґрунтування..., 2012].

1.3. Дослідження поведінки, пов'язаної зі здоров'ям

Говорячи про ставлення до здоров'я на індивідуальному рівні, важливо зазначити, що воно актуалізується через поведінку у сфері здоров'я, яке є важливим фактором, що впливає на фізичний і психічний стан, оскільки за подібних екологічних, генетичних, побутових та інших умов люди найчастіше мають різний стан здоров'я.

Розгляд поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, відбувався послідовно у різних теоретичних парадигмах. Основою поняття «здоров'я» є парадигма структурного функціоналізму, викладена Т. Парсонсом. Важливе значення він відводив ролі медицини в суспільстві та взаєминам лікар – пацієнт. Хвороба розглядалася як форма девіантної поведінки, а індивідові відводилася пасивна роль. У парадигмі символічного інтеракціонізму (Г. Беккер, Е. Гоффман, Дж. П'єррет, А. Страус) було закладено теоретичні основи дослідження психічного здоров'я та пояснення поведінки людини як активного суб'єкта у стресових ситуаціях при взаємодії із соціальним середовищем.

Представники конфліктної парадигми (І. Зола, К. Маркс, В. Наварро, Е. Фрідсон) піддали критиці експансію медицини в суспільстві, коли охорона здоров'я бере на себе функції соціального контролю й покладає на індивіда основну відповідальність за виникнення хвороби. Заслуга цієї теорії – у зміщенні акценту з дослідження хвороб і медицини на вивчення здоров'я та соціальних інститутів, що його формують. Прихильники постструктуралізму (М. Фуко), які стверджували, що тіло, природа – це конструйовані поняття, а хвороба – продукт когнітивної людської діяльності, відзначали, що медицина повинна не тільки лікувати, а й розвиватися «як знання про здорову людину». Людина сприймалася як об'єкт для медичного втручання та контролю, а громадське здоров'я – як об'єкт регулювання з боку медицини та суспільства.

Постмодернізм у зв'язку з соціологією здоров'я представлений роботами М. Фокса – про аналіз дискурсу здоров'я, Т. Абея та В. Коккерема – про індивідуальну відповідальність людини за своє здоров'я. Найбільший внесок у соціологію здоров'я та медицини зробили праці П. Бурдьє. За допомогою введеного ним поняття *habitus* він пояснює поведінку, у якій відтворюються соціально-куль-

турні правила, стилі життя різних соціальних груп, формується те чи інше ставлення до здоров'я.

Розгляд основних теоретичних парадигм, пов'язаних із вивченням здоров'я і медицини, показав зміщення інтересу дослідників від аналізу ролі хворого, ролі лікаря та значення медицини до вивчення ролі здоров'я здорового індивіда і факторів, що сприяють формуванню здоров'я як однієї з основних цінностей сучасної західної цивілізації.

У вітчизняній науці поведінка у сфері здоров'я традиційно вивчалася охороною здоров'я, соціальною гігієною, медичною демографією, психологією. У 70–80-х роках ХХ ст. почалося вивчення здоров'я та відповідної поведінки соціологами та філософами (Ю. І. Бородін, Д. Д. Венедиктов, В. Н. Іванов, А. М. Изуткін, Є. Н. Кудрявцева, Ю. П. Лісіцин, В. М. Лупандін, Л. Г. Матрос, В. П. Петленко, Г. І. Царегородцев та ін). Власне соціологічна парадигма вивчення здоров'я, ціннісно-мотиваційний підхід для його вивчення набули відображення у публікаціях А. І. Антонова, М. С. Бідного, У. М. Медкова та ін.

Під поняттям «поведінка щодо здоров'я» (healthbehavior) розуміється система взаємопов'язаних дій, активність індивіда або соціальної спільноти, що здатні вплинути на їх здоров'я. Варіативність поведінки щодо здоров'я визначає існування таких понять, як «самозберігаюча (самозбережна) поведінка», «здоров'язберігаюча поведінка», «ризикова поведінка» «аутодеструктивна (саморуйнівна) поведінка» та ін.

S. Kasl і S. Cobb [Kasl, Cobb, 1966: р. 246–266] виділяють три модифікації поведінки стосовно здоров'я:

1) профілактичну, превентивну поведінку щодо здоров'я, що включає активність індивіда або групи, спрямовану на збереження свого здоров'я, запобігання виникненню захворювань;

2) поведінка хворого, що реалізовується індивідом, який суб'єктивно відчуває та сприймає себе хворим;

3) поведінка у ролі хворого, що являє собою соціально санкціоновану девіацію хворої людини.

Дослідники часто називають поведінку у сфері здоров'я самозберігаючою поведінкою індивіда. У загальному і цілому вона розуміється соціологами як поведінка, спрямована на збереження та

підтримання здоров'я, а також як сукупність дій, що свідомо здійснюються, детермінованих потребою збереження оптимальних параметрів власної життєдіяльності.

Відповідно до концепції самозберігаючої поведінки, у структурі причин, що впливають на здоров'я, існує чимала частка можливостей, при ефективному використанні яких людина матиме значні шанси зберегти чи відновити своє здоров'я. Самозберігаюча поведінка визначається розстановкою ціннісних пріоритетів людини. При цьому цінність здоров'я у деяких випадках протиставляється чи поступається місцем іншим цінностям – праці, матеріальному добробуту, сім'ї.

До ідеальної моделі самозберігаючої поведінки належать:

- ведення здорового способу життя;
- здійснення профілактичних заходів і своєчасне лікування захворювань під контролем медичного працівника;
- безпечні умови життя – місце проживання, екологія, житло – за можливості вибору або мінімізація негативних впливів;
- трудова діяльність у нормальних умовах за можливості вибору робочих місць або мінімізація негативного впливу поганих умов праці за відсутності вибору.

У індивідів, що мають різні установки та мотивації, диференційовані умови життя, відзначається подібний стан здоров'я. Наслідком цього є специфічні показники здоров'я, а з урахуванням демографічної структури населення – й різні показники захворюваності, смертності, тривалості життя як окремої людини, так і соціальної групи.

Іноді як синонім поняття «самозберігаюча поведінка» використовують поняття «здоров'язберігаюча поведінка», під яким розуміється щоденна реалізація певного ставлення індивідів до свого здоров'я як соціальної цінності.

У широкому значенні під поведінкою, яка спрямована на самозбереження здоров'я розуміють систему дій і відносин, яка спрямована на покращення здоров'я та тривалості життя. В основі вивчення цієї поведінки лежить дослідження ціннісно-мотиваційної структури особистості та цінності людини щодо власного здоров'я. Крім того, ця поведінка залежить від мотиваційних факторів, наприклад, піклування про його стан, його збереження, зміцнення або страх погіршення здоров'я та настання смерті [Заюков, 2016].

Отже, соціологічне розуміння здоров'язберігаючої поведінки як форми соціальної дії передбачає звернення до категорії свідомої мотивованої поведінки індивідів і груп. Здоров'язберігаюча поведінка не є заздалегідь предзаданою або приписаною, вона, з одного боку, формується індивідом у процесі прийняття рішень і діяльності (соціально-психологічний підхід), з другого – спрямовано й випадково формується агентами соціалізації (соціологічний підхід), будучи продуктом суспільних відносин і процесів, як інституційних, так і неінституційних.

Здоров'язберігаюча поведінка може бути усвідомленою та неусвідомленою. Крім того, спрямованість здоров'язберігаючої поведінки може бути як позитивною, так і негативною. Позитивна спрямованість відповідає меті збереження та зміцнення здоров'я, негативна – його руйнуванню. Негативна спрямованість поведінки може виражатися і в усвідомлених діях (наприклад, коли здоров'ям жертвують заради досягнення якоїсь мети), і в неусвідомлених (поведінка людини за поганой поінформованості про симптоми захворювань, вплив шкідливих звичок).

Максимально позитивну спрямованість здоров'язберігаюча поведінка набуває тоді, коли наявний обсяг знань про правила збереження здоров'я дає змогу відповідним чином організовувати свою повсякденну життєдіяльність, мінімізуючи шкідливий вплив внутрішніх і зовнішніх факторів, а також відсутні звички, шкідливі для здоров'я. Позитивна спрямованість здоров'язберігаючої поведінки є основою формування здоров'я та конструювання здорового життя. Від цього більшою мірою залежить збереження та відновлення здоров'я. Результатом здоров'язберігаючої поведінки населення є той чи інший рівень стану здоров'я та тривалості життя.

Отже, можна дійти висновку, що позитивний тип поведінки у сфері здоров'я характеризується наявністю мети збереження здоров'я, наявністю установок щодо його збереження та конкретних заходів і дій, результатом яких є поліпшення стану здоров'я.

Стосовно негативного типу поведінки у сфері здоров'я у літературі використовується поняття «саморуйнівної поведінки». На думку В. М. Дімова, «зміст саморуйнівної поведінки індивіда характеризується небажанням зважати на норми здорового способу життя,

харчування, режиму роботи та відпочинку, оздоровчими рекомендаціями валеології, приписами медицини, санітарії та гігієни» [Дімов, 1999]. Саморуйнівна поведінка може виражатися у навмисних пошуках ризикованих, небезпечних для життя ситуацій, результатом чого є руйнація здоров'я. Прикладами можуть бути екстремальні види спорту та розваги, вибір професії, пов'язаної з навмисним ризиком тощо.

Виділяють такі види поведінки, що загрожують здоров'ю (розташовуються нижче в порядку значущості загрози здоров'ю індивіда):

- адиктивна поведінка (алкоголізація, що виступає фактором ризику захворювання на алкоголізм; наркотизація, яка виступає фактором ризику захворювання на наркоманії, гепатит і ВІЛ-інфікування; тютюнопаління, що виступає фактором ризику різних онкологічних захворювань і захворювань верхніх дихальних шляхів);

- сексуальна поведінка у випадках сексуальної розбещеності, небезпечних і комерційних сексуальних контактів, що є фактором ризику захворювання на СНІД та інші інфекції, що передаються статевим шляхом, а також підліткових вагітностей;

- нераціональна харчова поведінка, яка є фактором формування надмірної ваги або захворювання на анорексію, а також фактором ризику для хронічної шлунково-кишкової патології;

- кримінальна поведінка, пов'язана з насильством, яка є фактором «ризиків травматизму»;

- низька фізична активність (гіподинамія).

Щодо видів поведінки, які загрожують здоров'ю, стосовно соціально небезпечних хвороб, то краще підходить термін «ризикована поведінка». Сучасні наукові та методичні публікації, які стосуються охорони здоров'я, практично однозначно підходять до визначення й розуміння ризикованої поведінки і визначають її як таку, що містить небезпеку як для самої людини, так і інших навколо неї.

«Ризикована поведінка – це поведінка, у результаті якої з'являється ймовірність виникнення порушення здоров'я чи інших небезпек, як для того, хто так поводить, так і для його оточення» [Алексеевко, Кушнарєва, 2013].

Ризиковану поведінку не варто повністю ототожнювати з девіантною. Девіантна поведінка за її значенням полягає у порушенні основних, встановлених у суспільстві норм, правил. Ризикована поведінка

не завжди виходить за межі норм, однак вона неодмінно несе загрозу (для здоров'я, життя, благополуччя).

Теоретичне осмислення ризикованої поведінки як соціально-педагогічного явища та феномену здійснене у праці Т. Ф. Алексеєнко та С. В. Кушнар'ова. Автори посібника «Ризикована поведінка» відмічають зниження рівня контролюваності поведінки соціумом як ознаку сучасності [Алексеєнко, Кушнар'ова, 2013].

При розгляді ризикованої поведінки як результату дії причин біологічного, соціального та психологічного характеру найбільш переконливою моделлю пояснення є інтеракціоністський підхід. Поведінка людини сприймається як залежна змінна. Факторами, що впливають на поведінку, є конкретні соціальні обставини та відносини до ситуації, що визначаються конкретними умовами соціалізації та індивідуально-природних властивостей [Магнуссон, Ендлер, 1977].

У психології ризику найчастіше згадуються широко відомі теорії, такі як теорія цілеспрямованої поведінки (А. Ейзен, М. Фішбейн), модель переконань у сфері поведінки та здоров'я (М. Бекер, І. Розеншток) та гомеостатична теорія ризику (Г. Уальд).

А. Ейзен, М. Фішбейн у теорії цілеспрямованої поведінки зауважують, що безпечна (неризикована) поведінка визначається інтенціями та контролюється суб'єктом. Наміри вчинити так чи інакше (у тому числі й ризиковані) детермінуються трьома чинниками: атитюди, суб'єктивні норми; вірогідність появи події, здатність контролювати розвиток ситуації [Ризикована поведінка..., б. д.].

Автори теорії переконань (Г. Беккер, І. Розеншток) вважають, що поведінки в більшості випадків визначається переконаннями як суб'єктивно визначеними уявленнями про ризик появи хвороб, оцінки користі від безпечної поведінки. Ризикована поведінка є наслідком таких факторів, як неадекватність оцінки ступеня ризику, наслідків ризикованої поведінки [Ризикована поведінка..., б. д.].

Основним положенням гомеостатичної теорії ризику є припущення, що в кожній людини існує свій, найкращий для неї рівень ризику, якого вона прагне. Якщо в будь-якій ситуації рівень ризику надто низький, то людина прагнучиме привести його до кращого рівня, у протилежній ситуації рівень виявиться занадто високим, людина прагнучиме його зменшити [Дик, 2008: с. 63–68].

Стратегія ризикованої й неризикованої поведінки Ф. Буркардта акцентує увагу на дії трьох чинників, що визначають поведінку людини, – ступінь припустимого ризику, мотивація, досвід. Захисна поведінка, як наслідок зниження ризику, у майбутньому збільшує кількість випадків, коли вдається досягти бажаного результату без ризику [Ризикована поведінка..., б. д.].

Намір реалізувати ризиковану поведінку визначається спільною дією трьох факторів:

- атитюди щодо цієї поведінки (думка індивіда щодо того, чи матиме ця поведінка бажані результати, суб'єктивно сприймається цінність результатів);

- суб'єктивні норми щодо поведінки (думка індивіда про те, яких вчинків очікують від нього «значні інші», його бажання відповідати очікуванням оточуючих);

- сприйняття контролю над імовірністю настання події та над власною здатністю гальмувати або прискорювати розвиток цієї ситуації [Дик, 2008: с. 63–68].

Отже, ризикована поведінка – це поведінка, яка створює загрозу для здоров'я та життя людини. Найбільш поширеними проявами ризикованої поведінки є куріння, вживання алкоголю та наркотиків, ранній початок сексуального життя тощо. Така поведінка може призводити до неспинного зростання рівня наркотизації серед підлітків та молоді, поширення інфекцій, які передаються статевим шляхом, появою нових випадків інфікування та збільшення з року в рік кількості інфікованих ВІЛ/СНІД, туберкульозом, іншими соціально небезпечними хворобами [Вакуленко..., б. д.].

Отже, при дослідженні поведінки у сфері здоров'я найчастіше виділяють два типи поведінки: самозберігаючу або здоров'язберігаючу (позитивно спрямовану) і саморуйнівну або ризиковану (негативно спрямовану). Однак, на нашу думку, така класифікація недостатня як для соціологічного вивчення даного явища, так і для диференційованого підходу при розробці соціальної політики в галузі охорони здоров'я населення, у тому числі й щодо профілактики соціально небезпечних хвороб. Тому для дослідження поведінки населення щодо соціально небезпечних хвороб ми пропонуємо розглядати три стратегії / типи поведінки: здоров'язберігаючу, ризиковану й пасивну.

**Поняття «соціальна поведінка», «поведінкова стратегія»,
«поведінкова тактика», поведінкові стереотипи»,
«модель поведінки», «здоровий спосіб життя», «соціальне
здоров'я», «епідемія» тощо в соціологічному контексті**

Понятійний апарат теми дослідження включає також низку близьких, суміжних, але не ідентичних конструктів, значення яких слід, на нашу думку, обговорити заздалегідь. Соціальна поведінка у професійній літературі останнього часу визначається, найчастіше, як сукупність суспільних поведінкових процесів, взаємопов'язаних з реалізацією соціальних і фізіологічних потреб і що формуються як реакція у відповідь на вплив середових факторів. Суб'єкт соціальної поведінки – це індивід чи група осіб, що реагує на стимули соціальної чи фізичної природи залежно від рівня соціалізації. Відмінності у поведінці індивідів, об'єднаних у соціальну групу, залежать як від вроджених біологічних інстинктів кожного її члена, так і набутих у процесі індивідуальної соціалізації якостей, а також визначається комплексом факторів соціальної взаємодії всередині суспільства.

Своєю чергою під поведінковою стратегією прийнято мати на увазі сукупність прийнятих індивідом або соціальною групою норм, стереотипів і принципів, що визначають основні, базові елементи поведінки та діяльності в цілому. Вважається, що поведінкова стратегія включає цілепокладання, дотримання певних принципів і стереотипів при прийнятті поведінкових рішень і реалізації певних дій, корекцію основних уявлень про нормальний, соціально прийнятний поведінковий малюнок з урахуванням етичних і соціально-психологічних особливостей певного комунікативного простору.

Поведінкові стратегії суб'єктів у сфері здоров'я – дуже ємне поняття, що розробляється в медико-соціологічному сенсі. Воно покликане охопити такі основні складові соціальної стратегії, які стосуються поведінки індивіда в сфері здоров'я:

– довгострокові цілі суб'єкта (індивіда, групи) в сфері здоров'я, які виходять із умов життя і потреб;

– ресурси суб'єкта (контрольовані індивідом або соціальною групою економічні, технічні, адміністративні, організаційні та інформаційні засоби), які він використовує для досягнення своїх цілей у сфері здоров'я;

– очікування суб'єкта, що виражаються в конкретних показниках соціальної ефективності охорони здоров'я.

Для цілей медико-соціологічного аналізу ми виділили три основні поведінкові стратегії населення у сфері здоров'я в разі захворювання:

- завжди звертаються за медичною допомогою;
- звертаються тільки у важких випадках;
- практично не звертаються за медичною допомогою.

Ігнорування виступає у деякій формі м'якої відмови, де до звернення за медичною допомогою звертаються тільки під час важкого перебігу хвороби. Ця форма поведінки властива понад 2/3 дорослого населення.

Принципово важливо визначити порогове значення поширеності тієї чи іншої стратегії, яка виступає соціальною нормою. У даному випадку можна звернутися до поширеної «концепції двох третин», згідно з якою соціальна норма, охоплюючи в соціумі більшість індивідів, має тенденцію до активного поширення. Якщо, за даними дослідження, стратегія відмови перевищила 2/3 популяції, то ця норма об'єктивно виступає культурним бар'єром, що перешкоджає ефективному використанню населенням можливостей діючої системи охорони здоров'я. Подолання такого бар'єру потребує значних ресурсів, а його недооцінка може знизити ефективність використання потенціалу суспільства у сфері охорони здоров'я громадян. Для підтвердження цього тезису необхідно провести більшу кількість регіональних досліджень, де висновок буде зроблено на основі компаративного аналізу, а поки що питання залишається відкритим.

У період захворюваності не в дуже важких випадках соціальні стратегії суб'єктів здоров'я спрямовані на самолікування.

Така масова орієнтація на самолікування є серйозною соціальною проблемою, актуальність якої висвітлена не в одній науковій медичній статті.

Поведінкова тактика, на відміну від стратегії, передбачає конкретні способи поведінки людини або соціальної групи, що реалізуються в певних поточних умовах для досягнення поставленої проміжної мети.

До поведінкових стереотипів (чи шаблонів) щодо здоров'я прийнято відносити стійкі форми реалізації поведінкових актів, «стан-

дартні» дії, типові форми реагування зовнішні чи внутрішні чинники, пов'язані з фізичним чи психологічним статусом індивіда.

Поширюючись у мікро- чи макросоціальному середовищі через копіювання поведінки, наслідування значущим іншим, такі форми стають поведінковим «мейнстримом», базовим алгоритмом реагування соціальної групи на різні зовнішні стимули. Відповідно негативні поведінкові стереотипи відповідають поведінковому малюнку, або алгоритму, що є потенційно шкідливим для здоров'я, здатного при поєднанні з несприятливими обставинами завдати шкоди фізичному та психологічному благополуччю індивіда. Своєю чергою «деструктивні», або «руйнівні», стереотипи поведінки, мають на увазі акти або дії, що завдають прямої безпосередньої шкоди здоров'ю, пов'язані з ризиком виникнення у респондента тяжких захворювань або навіть летальним кінцем. У той самий час девіантні форми поведінки можуть відбивати особливості розвитку індивіда, специфіку його когнітивних можливостей, своєрідність виховання та освіти і які не завжди корелюють із соціально неприйнятними вчинками і діями.

Нарешті, під моделлю поведінки найчастіше прийнято розуміти ширше, узагальнююче поняття, теоретичний конструкт, що описує соціальні взаємозв'язки, закономірності їх виникнення та реалізації. Мотиваційні моделі в соціології та психології здоров'я (моделі континууму) створювалися, як правило, для визначення предикторів асоціальної поведінки, пов'язаної з негативним впливом на колективне або індивідуальне здоров'я, проте в даний час активно використовуються при спробах теоретичного обґрунтування інструментів впливу на формування здоров'язберігаючої поведінки.

Слід також розглянути таке важливе для соціологічного аналізу здоров'я поняття, як спосіб життя.

Спосіб життя – це поняття вітчизняної соціології, що характеризує конкретні соціокультурні інтер'єри (типові форми, способи та механізми) життєдіяльності соціальних суб'єктів. Категорія «спосіб життя» охоплює сукупність типових видів життєдіяльності індивіда, соціальної групи, суспільства загалом, що в єдності з умовами життя, що визначають його. Спосіб життя показує, як організована повсякденна життєдіяльність індивіда, групи чи суспільства у просторі та часі [Kasl, Cobb, 1966: p. 246–266].

Звідси, здоровий спосіб життя – це соціологічне поняття, що характеризує: а) ступінь реалізації потенціалу конкретного суспільства (індивіда, соціальної групи) у забезпеченні здоров'я; б) ступінь соціального благополуччя як єдності рівня та якості життя; в) ступінь ефективності функціонування соціальної організації у її віднесенні до цінності здоров'я.

Отже, у сучасному розумінні здоровий спосіб життя – це поведінка людей, що формується на основі науково обґрунтованих валеологічних і санітарно-гігієнічних рекомендацій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення високого рівня життєдіяльності, продовження тривалості та якості активної життя [Дефінітивний аналіз понять здоров'я..., б. д.].

У зарубіжних роботах найчастіше вживається термін «стиль життя» (Lifestyle) [Farhud, 2015: р. 1442–1444] і відповідно «здоровий стиль життя» (healthy life-style) [Gillis, 1993: р. 345–353], що відображає індивідуальні особливості поведінки щодо здоров'я.

Часто вітчизняні дослідники підмінюють поняттям здоровий спосіб життя іншу категорію – здоровий стиль життя, розуміючи під першим, зокрема, стиль життєдіяльності, що відповідає спадковим особливостям організму, умовам існування людини, орієнтований на культуру збереження, зміцнення та відновлення здоров'я, необхідно для виконання особистісно та суспільно значущих функцій.

Дещо окремо в контексті соціологічного вивчення здоров'я – поняття «соціальне здоров'я». Причина такого статусу зазначеної категорії полягає у нетиповому трактуванні здоров'я через поняття соціальної адаптації, соціалізації, соціальної активності, соціального благополуччя. Соціальне здоров'я на індивідуальному рівні характеризує здатність людини до спілкування з іншими людьми в умовах навколишнього соціального середовища, наявність особистісних взаємовідносин, що приносять задоволення.

Соціальне здоров'я має на увазі соціальну включеність людини, високий рівень соціальної активності, діяльне ставлення до світу. Мірою соціального здоров'я виступає ступінь освоєності індивідом соціальних норм, інтеграції у соціальні процеси, включеності до соціальних комунікацій та інтеракцій. На соціальному рівні соціальне здоров'я розглядається у двох ракурсах [Здоровье как междисциплинарная категория..., б. д.]. По-перше, як категорія, що вира-

жає ставлення суспільства до людини. У такому випадку прийнято оперувати поняттям «соціальне здоров'я суспільства». Суспільні системи розрізняються за станом соціального здоров'я, що має вираження у структурі та цілях суспільства. По-друге, як категорія, що відображає ступінь дотримання громадянських прав і свобод у суспільстві, відсутність нерівності у доступі до основних благ («здорове суспільство»).

За зауваженням R. D. Russell, суспільство є здоровим, коли в ньому забезпечені «рівні можливості для всіх і рівний доступ для всіх до товарів та послуг, необхідних для повноцінного функціонування як громадянин» [Russell, 1973: p. 75].

За визначенням І. І. Галецької, соціальне здоров'я є втіленням соціального емоційного та духовного благополуччя (як ресурсу і стану), оскільки є потенційною передумовою забезпечення життєвих потреб щодо активного способу життя, досягнення власних цілей, адекватної та оптимальної взаємодії з людьми, соціальним та іншим оточенням [Галецька, 2006]. Соціальне здоров'я, з точки зору експертів ВООЗ – це ступінь задоволеності людини своїм матеріальним становищем і соціальним статусом у суспільстві, яка значною мірою залежить від економічних чинників у державі, безпеки життєдіяльності та взаємостосунків людини в соціумі [Бойчук-Товста, 2019].

Що стосується понять «здоров'я популяцій», «здоров'я населення», «здоров'я групи», то всі вони тією чи іншою мірою збігаються з поняттям «суспільне здоров'я», яке є категорією, що відображає здатність членів суспільства повноцінно виконувати функції з подальшого розвитку суспільства (колективу) і вести спосіб життя, що забезпечує збереження, зміцнення та розвиток.

Необхідно сказати кілька слів про вираз «сфера здоров'я». У літературі використовуються схожі поняття, наприклад: «сфера послуг», «сфера діяльності», «сфера праці», «сфера медицини», «сфера зайнятості», є навіть термін «сфера переродження». В усіх цих поняттях є подібні ознаки:

- а) або де вони не визначаються, чи існуючі визначення дискусійні;
- б) часто поряд зі словом «сфера» використовується слово «галузь» (галузь праці, галузь медицини);
- в) терміном «сфера» позначається сукупність напрямів, видів діяльності (іноді автори додають також систему інститутів чи уста-

нов), які мають на меті забезпечити те, що позначається у другому слові – послуги, зайнятість тощо. У зв'язку з цим можна припустити, що поняття «поведінка у сфері здоров'я» є адекватним і достатнім для розкриття нашої теми.

І нарешті, що стосується терміна «епідемія» (від грец. *επί* – серед і грецьк. *δῆμος* – народ) пошесть, мор, моровиця), то українське законодавство визначає його як масове поширення інфекційної хвороби серед населення відповідної території за короткий проміжок часу, що не відповідає світовому визначенню, яке поширює поняття епідемії на усі випадки масового ураження, в тому числі й отруєння.

На сучасному етапі розвитку епідемічного процесу наступних соціально небезпечних хвороб, як туберкульоз, ВІЛ, гепатити, ІПСШ, нової актуальності набуває 5-й закон епідеміології, сформульований Л. В. Громашевським, згідно з яким епідеміологія будь-якої інфекційної хвороби у ході історії може змінюватись, якщо в соціальному житті суспільства відбуваються зміни, що впливають на хід епідемічного процесу [Сергеева, Круглов, Максименко, Кислих, Марциновська, 2016: с. 18–28]. Зростання кількості осіб з ризикованою, девіантною поведінкою, особливо серед молоді, соціальна дезорганізація, низькі рівні самозберігаючої поведінки, збільшення міграційних процесів і розширення міжнародних подорожей, зменшення державного фінансування медицини та соціальної сфери, недостатня активність ЗОЗ і санітарно-епідеміологічної служби, народної освіти, органів внутрішніх справ з питань профілактики соціально значущих, соціально небезпечних, соціально зумовлених хвороб – все це є передумовами для подальшого ускладнення епідемічної ситуації.

Механізми розвитку епідемічного процесу найкраще вивчені Л. В. Громашевським, який уклав закони епідеміології (теорія механізму передачі) [Епідеміологія, 2006]:

1. ...1) джерелом збудника є заражений хворий (а іноді здоровий) організм людини або тварини;

2) локалізація збудника інфекції в організмі та механізм передачі його є взаємозумовленими явищами;

3) специфічна локалізація збудників інфекційних хвороб в організмі, відповідний їй механізм передачі являють собою комплексну об'єктивну ознаку, яка може бути покладена в основу раціональної класифікації (кишкові інфекції, аерозольні, кров'яні, зовнішніх покривів);

4) епідемічний процес виникає й підтримується тільки за умови спільних дій таких трьох первинних рушійних сил або ланок епідемічного ланцюга:

- a. джерело інфекції;
- b. здійснення механізму передачі збудника;
- c. сприйнятливість населення до цієї інфекції.

2. На цьому законі базуються всі заходи профілактики.

Природні та соціальні явища зумовлюють кількісні та якісні зміни епідпроцесу шляхом впливу на його первинні рушійні сили, а тому вони є вторинними силами епідпроцесу.

3. Епідеміологія будь-якої інфекційної хвороби може змінюватись, якщо в соціальному житті суспільства виникають зміни, які спроможні впливати стимулюючи або пригнічуючи.

На сьогодні соціально небезпечні хвороби туберкульоз, ВІЛ-інфекцію, гепатити (ГВ і ГС), ІПСШ можна віднести до хвороб цивілізації, оскільки умови для їх значного поширення сформувалися саме в цивілізованому суспільстві. Підпорядкованість ходу епідемічного процесу соціальним умовам, які останнім часом зазнали суттєвих змін, потребує прийняття нових адекватних управлінських рішень з профілактики й оптимізації системи нагляду за цими інфекціями як основної ланки управління епідемічним процесом – цілеспрямованого впливу на нього з метою запобігання, обмеження або ж ліквідації [Сергеєва, Круглов, Максименко, Кислих, Марциновська, 2016].

Концептуальні основи подолання негативних наслідків і профілактики соціально небезпечних хвороб, мають базуватись на взаємодоповненні заходів економічного, правового, соціального та медичного характеру та розглядатись як один із найбільш пріоритетних напрямів державної соціальної політики та охорони здоров'я.

Джерела

Андрєєва, Т. І., Красовський, К. С. (2012). Сприяння здоров'ю: навчальний посібник для студентів зі спеціальності «Менеджмент організацій (в охороні здоров'я)». Київ: НаУКМА.

Алексєєнко, Т. Ф., Кушнарєва, С. В. (2013). Ризикована поведінка: посібник. Вінниця: ТОВ «Фірма «Планер».

Бойчук-Товста, О., (2019). Соціальне здоров'я студентів вищих медичних навчальних закладів. Отримано з: <https://journals.pnu.edu.ua/index.php/esu/article/view/2586>

Вакуленко, О. В. (б. д.) Теоретичні стратегії і моделі профілактики негативних явищ та ФЗСЖ. Серія 11. *Соціальна робота. Соціальна педагогіка*. Отримано з: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/19050/1/>

Галецька, І., Сосновський, Т. (2006). Психологія здоров'я: теорія та практика. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка.

Гвозд'їй, С. П. (2019). Профілактика захворювань, що набули соціального значення, в закладах освіти: методичні рекомендації до практичних занять із дисциплін роботи студентів педагогічних спеціальностей денної та заочної форм навчання. С. П. Гвозд'їй, Л. М. Поліщук. Одеса: Одеський. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова.

Дімов, В. М. (1999). Здоров'я як соціальна проблема. *Соціальна проблема*, 6, с. 181.

Дик, П. В. (2008). Психологические концепции риска и рискованного поведения. *Актуальные проблемы психологии*, с. 63–68.

Дефінітивний аналіз понять здоров'я.... (б. д.). Отримано з: <http://surl.li/mkous>

Епідеміологія. (2006): навчальний посібник для підготовки до практичних занять / Б. М. Дикий, Т. О. Нікіфорова. Івано-Франківськ: Видавництво Івано-Франківського державного медичного університету. Отримано з: [http://library.zsmu.edu.ua/cgi/irbis64r_14/fulltext/Jepidemiologija/Dykyj BM06_Epidem.pdf](http://library.zsmu.edu.ua/cgi/irbis64r_14/fulltext/Jepidemiologija/Dykyj%20BM06_Epidem.pdf)

Здоровье как междисциплинарная категория научного знания (б. д.). Отримано з: <https://helpiks.org/8-62729.html>

Заюков, І. В. (2016). Профілактика соціальних захворювань як елемент самозбереження здоров'я зайнятого населення України. Отримано з: <file:///C:/Users/user/Downloads/1755-11688-1-PB.pdf>

Коробка, К. (б. д.) Особливості ставлення до здоров'я носіїв бідності як стилю життя. Отримано з: https://lib.iitta.gov.ua/9514/1/Korobka_stattuya_visnuk.pdf

Коцан, І. Я., Ложкін, Г. В., Мушкевич, М. І. (2011). Психологія здоров'я людини / за ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ. Вежа. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки.

Основи соціальної географії: навчальний посібник (2016). Л. М. Немець, К. Ю. Сегіда, Н. В. Гусева. С.132. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна.

Просвещение по методу «равный – равному» и ВИЧ/СПИД: концепции, применение и проблемы. (2007). Женева: Изд-во ЮНЭЙДС. 40 с.

Психологічне обґрунтування заходів пропагування психогігієнічного виховання і здорового способу життя серед сучасної молоді. (2012): монографія / Максименко С. Д., Болтівець С. І., Коцун О. М., Здіорук С. І.,

Губенко О. В., Гуменюк Г. В. за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ: ДП «ІАА».

Ризикована поведінка молоді: гендерний аспект. (б. д.) Отримано з: <http://surl.li/mkoub>

Рудкевич, Н. І. (2021). Методика соціально-педагогічної роботи: навчально-методичний посібник. С. 236. Львів: Растр-7.

Социально значимые заболевания. (б. д.) Отримано з: http://www.bakumedinfo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=14663:2016-09-29-07-21-43&catid=1:2010-04-12-05-04-04&Itemid=2

Сергеєва, Т. А., Круглов, Ю. В., Максименко, О. В., Кислих, О. М., Марциновська, В. А. (2016). Епідеміологічні аспекти соціально значущих інфекцій. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*, № 4 (93). Отримано з: <http://surl.li/mkowv>

Семигіна, Т. В. (ред.). (2010). Поширення соціально-небезпечних хвороб та їх профілактика. Семигіна Т. В., Вовкогон О. Ю. *Протидія соціально-небезпечним хворобам: вивчення українського досвіду / за ред. Семигіної Т. В. Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія», Школа охорони здоров'я, Центр досліджень здоров'я та соціальної політики. (с. 7–38). Київ: Унів. вид-во «Пульсари».*

Супрун, Д. М. (2010). Когнітивна, емоційна та поведінкова складова у детермінації поняття «ставлення до здоров'я». *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*, 16, с. 315–318. Отримано з: file:///C:/Users/user/Downloads/Nchnpu_019_2010_16_85.pdf

Соціальні хвороби. (б. д.). Отримано з: https://bse.slovaronline.com/43223-SOTSIALNYE_BOLEZNI

Сергеєва, Т. А., Круглов, Ю. В., Максименко, О. В., Кислих, О. М., Марциновська, В. А. (2016). Епідеміологічні аспекти соціально значущих інфекцій. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*, 4 (93), 18–28.

Тимофієва, М. П., Двіжона О. В. (2009). Психологія здоров'я: навчальний посібник. Чернівці: Книги – XXI.

Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient education and counseling*. Т. 53. No. 2. С. 239–244.

Allen, J. D., Coronado, G. D., Williams, R. S. et al. (2010). A systematic review of measures used in studies of human papillomavirus (HPV) vaccine acceptability. *Vaccine*. Т. 28. No. 24. P. 4027–4037.

Armitage, C., Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and health*. Т. 15. No. 2. P. 173–189.

Adizes, I. (1988). *Corporate Lifecycles: how and why corporations grow and die and what to do about it*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1970). The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. *Journal of Experimental Social*

Psychology, 6(4), 466–487. Retrieved from: [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(70\)90057-0](https://doi.org/10.1016/0022-1031(70)90057-0)

Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. *Annals of child development* (Vol. 6, pp. 1–60). Ed. by R. Vasta, Greenwich, CT.

Bandura, A. (1994). *Self-efficacy: Encyclopedia of human behavior*. Ed by Ramachaudran V. S. Bun. 4. P. 71–81 Retrieved from: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>

Benotsch, E. G. et al. (2004). A comparison of HIV/AIDS knowledge and attitudes of STD clinic clients in St. Petersburg, Russia and Milwaukee, WI, *USA Journal Community Health*. Vol. 29, N 6. P. 451–465.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, vol. 84, no. 2, pp. 191–215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychology*. Vol. 37, N 2. P. 122–147.

Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal Social Clinic Psychology*. Vol. 4, N 3. P. 359–373.

Bracht, N. F. (1999). *Health promotion at the community level: new advances*. Sage Publications.

Bradbury, J. (1984). The Policy Implications of Different Concepts of Risk. *Science, Technology & Human Values*. Vol. 14. No 4. P. 382.

Bronfenbrenner U. *Ecological models of human development. Readings on the development of children*. 1994. T. 2. P. 37–43.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*. T. 59. No. 8. P. 676.

Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*. P. S95–S120.

DiClemente, C. C. et al. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 59, № 2. P. 295–304.

Magnusson, D., Endler, S. N. (1977). *Personality at the Crossroads: Current Issues in Interactional Psychology*, Том 10. Lawrence Erlbaum Associates.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge forbiomedicine. *Science*. T. 196. No. 4286. p. 129–136.

Farhud, D. D. (2015). Impact of Lifestyle on Health. *Iran J Public Heal*. Vol. 44, № 11. P. 1442–1444.

Fisher, J. D., Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychology Bulletin*, vol. 111, no. 3, pp. 455–474.

Fromm, E. (1955). *The Sane Society*. London and New York. Retrieved from: <http://surl.li/mkotj>

Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath K. (ed.). (2008). Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons.

Gwaltney, C. J., Metrik, J., Kahler, C. W. et al. (2009). Self-efficacy and smoking cessation: a meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*. T. 23. № 1. P. 56.

Glaser, R. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology*. 5. № 3. P. 243–251.

Ghaemi S. N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*. T. 195. No. 1. P. 3–4.

Gillis, A. J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle: an integrative review. *J. Adv. Nurs*. Vol. 18, № 3. P. 345–353.

Holden, G. (1992). The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health related outcomes: A meta-analysis. *Social work in health care*. T. 16. № 1. P. 53–93.

Hunter, A. (1975). The loss of community: An empirical test through replication. *American Sociological Review*. P. 537–552.

Janz, N., Becker, H. M. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*. Vol. 11, № 1. P. 1–47.

Kelly, J. A. (1995). Changing HIV Risk behavior: practical strategies. New York: The Guilford Press.

Kelly, J. A., Kalichman, S. C. (1995). Increased attention to human sexuality can improve HIV/AIDS prevention efforts: key research issues and directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 63, № 6. P. 907–918.

Kelly, J. A. (2004). Popular opinion leaders and HIV prevention peer education: resolving discrepant findings, and implications for the development of effective community programmes. *AIDS Care*. Vol. 16, N 2. P. 139–150.

Kasl, S., and Cobb S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior. *Archives of Environmental Health*. Vol. 12. P. 246–266.

Lazarus, J. V. et al. (2010). Systematic review of interventions to prevent the spread of sexually transmitted infections, including HIV, among young people in Europe. *Croatian Medical Journal*, vol. 51, no. 1, pp. 74–84.

Longest, B. (2002). The context and process of public policymaking. Health policy making in the United States 3rd ed. Chicago, IL: Health Administration Press, P. 83–128.

McLaren, N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australasian Psychiatry*. T. 32. No. 1. P. 86–92.

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. et al. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education & Behavior*. T. 15. No. 4. P. 351–377.

Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, vol. 11, no. 2, pp. 147–172.

Miller, W. R., Rollnick, S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. 2nd ed. New York, The Guilford Press, 2002. 428 p.

Meylakh, P., Rykov, Y., Koltsova, O. et al. (2014). An AIDS-Denialist Online Community on a Russian Social Networking Service: Patterns of Interactions With Newcomers and Rhetorical Strategies of Persuasion. *Journal of medical Internet research*. T. 16. No. 11.

Minkler, M., Wallerstein, N., Wilson, N. (2008). The transtheoretical model and stages of change. Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice. 4th edition. Edited by: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Jossey-Bass, San Francisco, CA. P. 552.

Narayan-Parker, D. (2002). Empowerment and poverty reduction: A sourcebook. World Bank Publications.

Ngugi, E. N. et al. (1996). Focused peer mediated educational programs among female sex workers to reduce sexually transmitted disease and human immunodeficiency virus transmission in Kenya and Zimbabwe. *Journal of Infectious Diseases*. Vol. 174, Suppl 2. P. 240–247.

One-dimensional Man: Studies in the Ideology of Advanced Industrial Society. (2002). Front Cover. Herbert Marcuse. Routledge, Philosophy. 275 pages.

Perry, C. L., Jessor, R. (1985). The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse. *Health Education & Behavior*. T. 12. № 2. P. 169–184.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. Treating addictive behaviors: process of change eds W. R. Miller, N. Heather. New York: Plenum Press, P. 3–27.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1985). Processes and stages of change in smoking, weight control, and psychological distress. Coping and substance abuse eds. S. Schiffman, T. Wills. New York: Academic Press, P. 319–345.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior*. T. 2. No. 4. P. 328–335.

Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. Milbank Memorial Fund quarterly. Vol. 44, № 3. P. 94–127.

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo, & R. Petty (Eds.), *Social psychophysiology* (pp. 153–176). New York: Guilford Press.

Rogers, E. M. (1995). Diffusion of innovations. New York: Free Press, 512 p.

Rogers, E. M. (2003). Diffusion of innovations. New York: Free Press, 512 p.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*. T. 15. № 2. p. 175–183.

Russell, R. D. (1973). Social Health: An Attempt to Clarify This Dimension of Well-Being. *International Journal of Health Education*. Vol. 16. P. 75.

Suls, J., Rothman, A. (2004). Evolution of biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*. T. 23. No 2. P. 119.

Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*. T. 47. No 1. P. 6.

Tavakoli, H. R. (2009). A closer evaluation of current methods in psychiatric assessments: a challenge for the biopsychosocial model. *Psychiatry (Edgmont)*. T. 6. No. 2. P. 25.

Takács, J. et al. (2006). «Condoms are reliable but I am not»: a qualitative analysis of AIDS-related beliefs and attitudes of young heterosexual adults in Budapest, Hungary, and St. Petersburg, Russia. *Central European journal of public health*. Vol. 14, N 2. P. 59–66.

The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, p. 179–211. Retrieved from: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Toffler, Alvin. (1970). *Future Shock*. New York: Random House. 505 p.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychology Bulletin*. Vol. 111, N 1. P. 23–41.

Weinstein, N. D., Rothman, A. J., Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology*. P. 290.

Weinstein, N. D., Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: evidence from home radon testing. *Health psychology*. T. 11. No. 3. P. 170.

Winett, R. A. et al. (1995). Enhancing social diffusion theory as a basis for prevention intervention: a conceptual and strategic framework. *Applied and Preventive Psychology*. Vol. 4, № 4. P. 233–245.

Witteman, H. O., Zikmund-Fisher, B. J. (2012). The defining characteristics of Web 2.0 and their potential influence in the online vaccination debate. *Vaccine*. T. 30. No 25. P. 3734–3740.

Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of community psychology*. T. 18. No 1. P. 169–177.

Розділ 2

СУЧАСНИЙ СТАН, ТЕНДЕНЦІЇ, ЗАГРОЗИ ПОШИРЕННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ У СВІТІ ТА УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Війна і соціально-економічна криза змінили політичні та економічні пріоритети розвитку не тільки нашої країни, а й усього світу, вплинувши на усі, без винятку, сфери життя суспільства. Відомо, що реальний ВВП України за 2022 р. зменшився на 29,1% [Зміна обсягу валового внутрішнього продукту, 2022], а згідно з останнім прогнозом НБУ у 2023 р. він практично не зростатиме.

Оцінюється, що економіка України впала у 2022 р. на 29,2% [Мінекономіки: ВВП за підсумком..., 2022], а рівень інфляції сягнув 26,6% [Інфляційний звіт, Січень, 2023], що 2022 р. призвело до помітного зниження видатків на ключові галузі, зокрема на освіту та охорону здоров'я (включаючи протидію соціально небезпечним хворобам) [Про Державний бюджет України на 2023 рік]. Окрім того, війна суттєво вплинула на саму систему охорони здоров'я в Україні, яка повністю переорієнтувалась на потреби армії та фронту, головним чином на лікування травм внаслідок вибухів і поранень. Унаслідок масової міграції населення була порушена медична логістика – шлях від сімейного лікаря до профільного фахівця було розірвано, оскільки сам інститут сімейних лікарів опинився під загрозою зникнення, через масовий виїзд медичного персоналу за кордон.

У Спільній заяві ВООЗ, ЮНІСЕФ, UNFPA [Спільна заява UNICEF, UNFPA, ВООЗ щодо атак на систему охорони здоров'я в Україні,

2022] наголошується на тому, що атаки на об'єкти охорони здоров'я в Україні призводять до загибелі та поранення найбільш вразливих пацієнтів, зокрема жінок і дітей, а також медичного персоналу, руйнують життєво важливу інфраструктуру системи охорони здоров'я та примушують величезну кількість людей відмовлятися від медичної допомоги, незважаючи на катастрофічну потребу.

Війна не тільки зруйнувала третину медичної інфраструктури України, спровокувала відтік кадрів за кордон, а й негативно вплинула на роботу закладів охорони здоров'я, ускладнила доступ до медичних послуг для пересічних громадян, суттєво знизивши їх якість, сприяла поширенню соціально небезпечних хвороб і загострила такі чинники їх масштабного поширення:

- демографічні зрушення (зміни у віковій і статевій структурі населення, які відбулися внаслідок масової міграції жінок з дітьми за кордон і появи такої категорії, як внутрішньо переміщені особи, що стало передумовою до збільшення кількості розлучень, внаслідок чого зросла кількість чоловіків, які ведуть хаотичне статеве життя);
- моральні чинники – зміна культури сексуальних стосунків (велика терпимість до різних типів статевої відносин, які раніше вважалися неприйнятними, включення у сексуальне життя підлітків, ослаблення традиційних норм і заперечення традиційних форм соціальної дії);
- економічні чинники (інфляція сприяла здорожчанням ліків, зробила недоступною купівлю медичних препаратів для незаможних верств населення, а безкоштовна медицина на практиці не працює);
- девіантна поведінка – проституція (розвитку секс-індустрії сприяють суттєве зниження рівня життя, високий рівень економічної кризи (інфляції), який провокує збільшення незаможної частини суспільства), а також порушення співвідношення чисельності статей унаслідок міграції;
- розширення груп підвищеного ризику (військовослужбовці, внутрішньо переміщені особи, мігранти, населення на окупованих територіях, позбавлене медичної допомоги, жертви насильства, які постраждали від російських загарбників);

- соціально-культурні чинники (зміна норм сексуальної поведінки; толерантність щодо частоті зміни сексуальних партнерів, позашлюбні статеві зв'язки, виправдані умовами війни);
- резистентність до ліків, спровокована агресивним лікуванням пандемії коронавірусу, значно поширеними практиками самолікування, які виникли внаслідок невдалої медичної реформи, що мінімізувала доступ до лікарняних закладів, а також безконтрольним прийомом ліків, у тому числі антибіотиків.

Після 24 лютого 2022 р. унаслідок російської збройної агресії було зруйновано 739 медичних закладів, з яких понад 118 зруйновано вщент і відновленню не підлягають (дані МОЗ України станом на 17 червня) [Національна відповідь програм протидії ВІЛ, ТБ, ВГ та ЗПТ..., 2022]. Завдана шкода була зафіксована у приблизно 5,6% загальної кількості закладів охорони здоров'я у державному секторі. Пропонована оцінка завданої шкоди інфраструктури охорони здоров'я – 1,4 млрд доларів США – є консервативною та неповною. Потреби на відновлення сектору охорони здоров'я оцінено в 15,1 млрд доларів США для покриття пошкодженої інфраструктури і збитків у секторі охорони здоров'я, а також збільшення обсягу критичних медичних послуг для населення України. Ця сума включає вартість будівництва нової інфраструктури з використанням принципу «краще, ніж було» (building back better) і негайного відновлення частково пошкоджених об'єктів. Вона охоплює також значне розширення послуг з реабілітації та психічного здоров'я в Україні, частку яких необхідно буде збільшити, щоб подолати наслідки війни. Оцінка потреб не включає повної вартості відновлення сектору охорони здоров'я. Із цих загальних потреб на відновлення 1,2 млрд доларів необхідні терміново в нагальній / короткостроковій перспективі [Situation Report, 2022].

За даними Управління ООН з координації гуманітарних справ (ОСНА), гуманітарна ситуація стрімко погіршується, оскільки зменшується доступ до критично важливих послуг, як-от чистої води, їжі, санітарії та електропостачання, й 17,7 млн осіб потребують гуманітарної допомоги [Україна: швидка оцінка завданої шкоди та потреб на відновлення, 2022].

2.1. Глобальні та регіональні тенденції поширення соціально небезпечних хвороб

Проблема боротьби з соціально небезпечними хворобами у світі і в Україні надто актуальна й для її вирішення необхідні значні зусилля, передусім з боку держави, громадськості, медичної служби та кожного громадянина особисто. Якщо дбати про своє здоров'я, вести здоровий спосіб життя, вчасно звертатися за допомогою до лікарів – то ризик заразитися інфекційними хворобами є мінімальним. Будь-яка епідемія набуває глобальних масштабів, коли виходить за межі одного осередку, і поширюється по всій країні або навіть по всьому світові.

ВІЛ/СНІД. Так сталося свого часу з ВІЛ. Відомо, що взимку 1981 р. до госпіталю Нью-Йоркського університету доставлено декількох молодих чоловіків, близько 30 років, з незвичайною клінічною формою саркоми Капоші. Водночас це захворювання траплялося досить рідко: лише 1–2 випадки на 10 млн населення, переважно у людей літнього віку. Саркома мала злоякісний перебіг: пухлини поширювалися по всьому тілу, виявлялися на слизових оболонках, не піддавалися лікуванню і швидко призводили до смерті [Вірус імунodefіциту людини, 2018]. На сьогодні ВІЛ-інфекція поширена в країнах усіх континентів і її поширення у світі має назву пандемії ВІЛ/СНІДу, а в Україні розвивається епідемія ВІЛ/СНІДу. В країні зареєстровано понад 170 тис. ВІЛ-інфікованих, але, за підрахунками експертів, про свій ВІЛ-статус знає лише третина інфікованих; загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ в Україні, сягає 377 600 [Про ВІЛ/СНІД, ЦГЗ, 2023].

ВІЛ залишається однією з основних проблем глобальної громадської охорони здоров'я. За даними ВООЗ [ВИЧ и СПИД, ВООЗ, 2023], на сьогодні цей вірус забрав 40,4 млн [32,9–51,3 млн] людських життів, і передача інфекції триває в усьому світі. При цьому в ряді країн спостерігаються тенденції зростання кількості нових випадків інфікування, тоді як раніше цей показник знижувався.

Станом на кінець 2022 р. у світі, за оцінками, налічувалося 39 млн [HIV. World Health Organization, 2022] [33,1–45,7 млн] осіб, які живуть із ВІЛ-інфекцією, дві третини з яких (25,6 млн) проживали в

Африканському регіоні ВООЗ. У 2022 р. від причин, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, померло 630 тис. [480 тис. – 880 тис.] осіб, і було зареєстровано 1,3 млн [1,0–1,7 млн] нових випадків зараження ВІЛ.

Способів повного виліковування ВІЛ-інфекції не існує. Однак із розширенням доступу до ефективних засобів профілактики, діагностики, лікування та догляду, у зв'язку з ВІЛ та опортуністичними інфекціями, ВІЛ-інфекція перейшла у категорію контрольованих хронічних захворювань, і ВІЛ-інфіковані можуть прожити довге й здорове життя.

ВООЗ, Глобальний фонд і ЮНЕЙДС розробили власні глобальні стратегії боротьби з ВІЛ [Global health sector strategies on, respectively, HIV..., 2022], узгоджені із завданням 3.3 Цілей сталого розвитку (ЦСР) [Цілі сталого розвитку, 2016] щодо припинення епідемії ВІЛ-інфекції до 2030 р. Для досягнення цієї мети свій ВІЛ-статус повинні знати 95% всіх людей, які живуть з ВІЛ, 95% з них повинні отримувати життєво необхідну антиретровірусну терапію (АРТ), а 95% ВІЛ-інфікованих, які отримують лікування, повинні досягти супресії вірусного навантаження, що сприятиме зниженню епідемії ВІЛ (*вірусна супресія* – це невизначуване *вірусне навантаження*, що дорівнює або менше 50 копій/мл) [Оновлені рекомендації з питань профілактики ВІЛ, 2021].

Згідно з даними ВООЗ 2022 р. ці показники становили 86% [73%–>98%], 89% [75%–>98%] і 93% [79%–>98%] відповідно. Серед усіх людей, які живуть із ВІЛ, 86% [73%–>98%] знали про свій статус, 76% [65–89%] отримували антиретровірусну терапію та 71% [60–83%] досягли супресії вірусного навантаження.

Посилений епіднадгляд за випадками ВІЛ/СНІДу в 53 країнах Європейського регіону ВООЗ (далі – регіон) спільно здійснюють Європейський центр з контролю і профілактики захворюваності [HIV Continuum of care, 2020] (далі – ECDC) та Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ). Держави, що входять до регіону, розділені на три географічні зони: Захід (23 країни), Центр (15 країн) і Схід (15 країн). За результатами моніторингу ситуації з поширенням ВІЛ-інфекції у країнах ВООЗ Європейського регіону та Центральної Азії на кінець 2020 р. був досягнутий певний прогрес щодо глобальних цілей 90–90–90 [HIV Continuum of care, 2020]: 82% людей, які живуть із ВІЛ, знали про

свій ВІЛ-статус 67% людей, які знали свій ВІЛ-статус, отримували лікування 90% людей, які отримували АРТ, досягли вірусної супресії. Однак у межах регіону існують суттєві відмінності у показниках. Так, у країнах Західного субрегіону вже досягнуто усіх трьох глобальних цілей: 90% усіх ЛЖВ діагностовано, 93% ЛЖВ отримують лікування та 93% з тих, хто перебуває на лікуванні, досягли вірусної супресії. У Центрі досягнуто результатів 87–78–81, у країнах Сходу ситуація більш проблематична – 78–50–87 відповідно. Загалом 17 із 45 країн досягли першої з цілей ЮНЕЙДС – 90% або більше всіх ЛЖВ знають свій статус. Тоді як 12 країн, зокрема Україна (69%), мають показники менше 80% (діапазон 62–77%). В цілому, країни, які надали звіт за 2020 р., мають значний відрив у чисельності недиагностованої ВІЛ-інфекції. Найвищим є показник у 12 країнах Східного субрегіону, де приблизно кожна п'ята людина з ВІЛ (22%; діапазон 14–38%) досі має недиагностовану ВІЛ-інфекцію. У 12 країнах Центру кожна восьма людина (13%; 2–6 ВІЛ-інфекція в Україні 36%) та у 21 країні Заходу, де ситуація найкраща, кожна десята людина (10%; діапазон 0–16%) має недиагностовану ВІЛ-інфекцію.

Незважаючи на наявність ефективних заходів профілактики, показник інфікування ВІЛ у регіоні залишається високим. У 2019 р. у 47 з 53 країн Європейського регіону ВООЗ було зареєстровано 136,4 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції, що приблизно відповідає показнику захворюваності на ВІЛ-інфекцію 15,6 на 100 тис. населення. Як і раніше, число вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції є найвищим на сході регіону (41,7 на 100 тис. населення) і найнижчим – у центральній його частині 2 (3,4 на 100 тис. населення). Причому серед 107,8 тис. випадків ВІЛ-інфекції, повідомлених країнами східного регіону, 80 тис. були зареєстровані у Російській Федерації. Основні шляхи передачі ВІЛ також різняться залежно від географічної зони, вказуючи на неоднорідність епідеміологічної ситуації з ВІЛ-інфекції в Європі. Переважаючими шляхами передачі ВІЛ-інфекції в країнах ЄС/ЄЗ були статеві контакти між чоловіками, а в східній частині регіону – гетеросексуальні контакти і вживання ін'єкційних наркотиків. В Європейському регіоні ВООЗ за останнє десятиліття число людей з уперше виявленою ВІЛ-інфекцією зросло на 16%. У той же час у країнах ЄС/ЄЗ у цей же період кількість нових діагнозів ВІЛ-інфекції зменшилася на 9%.

Глобальна відповідь на ВІЛ принесла свою користь після більш ніж 40 років глобальної діяльності у цьому напрямі, чому сприяло збільшення ресурсів, розширення послуг і залучення громадського сектору до відповіді на епідемію, а також ряд інших явищ і процесів. Тим не менш, прогрес був нерівний. Багато країн з високим тягарем ВІЛ-інфекції досягли високих рівнів охоплення послугами, але ще потрібно зробити набагато більше для ключових груп населення, включаючи перегляд реформування шкідливого законодавства та політик, які створюють перешкоди, на основі доказів втручання.

Потрібно зменшити неприйнятно високий рівень смертей від ВІЛ-інфекції, у тому числі через лікування туберкульозу (ТБ), криптококового менінгіту, важкої бактеріальної інфекції та інших супутніх захворювань. Згідно з концепцією зусиль «останньої милі», щоб покінчити з ВІЛ, як загрозою громадському здоров'ю, впродовж наступних восьми років потрібно скоротити кількість людей, інфікованих ВІЛ, від 1,5 млн у 2020 р. до 335 тис. до 2030 р., і уникати збільшення понад 500 тис. смертей на рік [Борьба с пандемиями и построение более здорового и справедливого мира..., 2021]. Останній науковий прогрес у лікуванні ВІЛ, технології та інноваційні методи надання послуг, надали безпрецедентну можливість, щоб це сталося. Успіх вимагатиме постійної відданості і гнучких підходів для подолання мінливої епідемії, збільшення зусиль первинної профілактики, диференційованого надання послуг для задоволення різноманітних потреб конкретних груп населення та ефективної готовності до спалаху. Це також потребуватиме постійних інвестицій в інноваційні технології, у тому числі нових схем лікування та можливостей вакцинації.

Глобальні стратегії сектору охорони здоров'я [Global health sector strategy on HIV 2016–2021 towards ending AIDs, 2016], відповідно щодо ВІЛ, вірусного гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом, на період 2022–2030 рр. (ГССЗ) є дорожньою картою для здійснення сектором охорони здоров'я стратегічно спрямованих заходів для досягнення цілей ліквідації СНІДу, вірусного гепатиту В і С та інфекцій, що передаються статевим шляхом, до 2030 р.

У ГССЗ рекомендовано загальні та специфічні для конкретного захворювання дії на рівні країн, а також супутні підтримувальні дії ВООЗ і партнерів. ГССЗ були розроблені з урахуванням епідеміоло-

гічних, технологічних і контекстуальних змін, що відбулися в останні роки, стимулюючи накопичення знань щодо різних захворювань, і сприяючи створенню можливостей для використання інновацій, та нових знань, з метою ефективної боротьби із зазначеними інфекціями. У них міститься заклик до забезпечення охоплення груп населення, які найбільше зачепив вірус та які схильні до ризику за кожним із захворювань, з метою подолання нерівності. Стратегії засновані на побудові синергетичних зв'язків у рамках загального охоплення послугами охорони здоров'я та первинної медико-санітарної допомоги, сприяють досягненню цілей, поставлених у Порядку денному у галузі сталого розвитку на період до 2030 р.

Туберкульоз [Tuberculosis, 2021]. У 2021 р. від туберкульозу померло в цілому 1,6 млн осіб (у тому числі 187 тис. осіб з ВІЛ-інфекцією). В усьому світі туберкульоз посідає 13-е місце серед головних причин смерті і після Covid-19 є другою за значущістю причиною смерті, зумовленою збудником інфекції (випереджаючи ВІЛ/СНІД) [Global tuberculosis report, 2022].

У 2021 р., згідно з оцінками, на туберкульоз у всьому світі захворіли 10,6 млн осіб, у тому числі – 6 млн чоловіків, 3,4 млн жінок і 1,2 млн дітей. Туберкульоз поширений у всіх країнах і вікових групах. Поряд із тим туберкульоз виліковний та йому можна запобігти.

Туберкульоз з множинною лікарською стійкістю (МЛУ-ТБ) продовжує являти собою кризову ситуацію та загрозу безпеці в галузі охорони здоров'я. У 2021 р. допомогу змогли отримати тільки кожен третій хворий на медикаментозно стійкий туберкульоз.

На сьогодні Україна входить до топ-10 країн з найвищим тягарем туберкульозу (ТБ) із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ) у світі (за абеткою): Азербайджан, Білорусь, Казахстан, Киргизстан, Республіка Молдова, Російська Федерація, Сомалі, Таджикистан, Україна та Узбекистан. За розрахунковим показником частки (%) нового випадку МЛС/ТБ із широкою лікарською стійкістю (ШЛС-ТБ) Україна посідає п'яте місце у світі: Білорусь (38), Російська Федерація (35), Республіка Молдова (33), Таджикистан і Киргизстан (29) та Україна (27) поряд із Казахстаном (27). Крім того, Україна належить до групи з 18-ти високопріоритетних країн (18 ГВК) Європейського регіону поряд з Вірменією, Азербайджаном, Білоруссю, Болгарією, Естонією, Грузією, Казахстаном, Киргизстаном, Латвією,

Литвою, Республікою Молдова, Румунією, Російською Федерацією, Таджикистаном, Туреччиною, Туркменістаном та Узбекистаном через наявність високого тягаря ТБ. Близько 83% передбачуваних випадків ТБ у регіоні припадає на 18 ГВК, де оціночна захворюваність на ТБ становила 50 випадків на 100 тис. населення, що майже у 5 разів вище за середні показники у ЄС. Україна посідає п'яте місце у регіоні за показником реєстрації нових і повторних випадків ТБ (57,7), поступаючись Киргизстану (95,7), Республіці Молдова (69,5), Казахстану (67,4) і Таджикистану (61,7) [Global tuberculosis report, 2020]. Найбільшу кількість випадків ТБ в абсолютних числах було відзначено 2019 р. у шести країнах регіону: Російська Федерація (73 тис.), Україна (34 тис.), Узбекистан (22 тис.), Румунія (13 тис.), Туреччина (13 тис.) та Казахстан (13 тис.). Показники смертності від ТБ у регіоні були найвищими у Туркменістані (10,0 смертей на 100 тис.), Таджикистані (7,9) та Україні (7,3). Рівень захворюваності та смертності у країні значно перевищує показник по регіону.

За оцінками, за період з 2000 по 2021 р. завдяки діагностиці та лікуванню туберкульозу було врятовано 74 млн людських життів. Для досягнення глобального цільового показника, погодженого на Нараді високого рівня ООН з туберкульозу у 2018 р., обсяг щорічних витрат на профілактику, діагностику, лікування та надання допомоги у зв'язку із туберкульозом потрібно збільшити до 13 млрд дол. США. Одне із завдань у охороні здоров'я в рамках Цілей Організацій Об'єднаних Націй у сфері стійкого розвитку (ЦСР) полягає в тому, щоб до 2030 р. покласти кінець епідемії туберкульозу. За оцінками, близько чверті населення світу інфіковано бактеріями туберкульозу. Ймовірність того, що в інфікованих людей, урешті-решт, з'являються симптоми туберкульозу і захворювання, становить приблизно 5–10%.

Ймовірність того, що у людей з ВІЧ-інфекцією розвивається туберкульоз, у 16 (інтервал непередбачуваності: 14–18) перевищує аналогічний показник серед людей, неінфікованих ВІЛ. Туберкульоз є також провідною причиною смерті людей, що живуть з ВІЛ. ВІЛ-інфекція і туберкульоз – це смертельне поєднання, яке прискорює розвиток один одного. Без належного лікування в середньому 45% ВІЛ-негативних і майже всі ВІЛ-позитивні туберкульозні пацієнти умирають. У 2021 р. від ВІЛ-асоційованого туберкульозу померло

приблизно 187 тис. осіб. У 2021 р. частка зареєстрованих хворих на туберкульоз, у яких було документально підтверджено результат тесту на ВІЛ, становила лише 76% порівняно з 73% у 2020 р. Найбільший тягар ВІЛ-асоційованого туберкульозу відмічається в Африканському регіоні ВООЗ. Загалом станом на 2021 р. тільки 46% пацієнтів з туберкульозом, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція, отримували антиретровірусну терапію (АРТ).

Для зниження смертності ВООЗ рекомендує застосовувати 12-компонентний підхід на основі співпраці у сфері туберкульозу та ВІЛ-інфекції, включаючи заходи з профілактики та лікування інфекції та хвороби. Більше 80% випадків захворювання і смерті припадає на країни з низьким або середнім рівнем доходу. Туберкульоз поширений у всьому світі. У 2021 р. найбільша кількість нових випадків захворювання на туберкульоз була зафіксована в регіоні Південно-Східної Азії (46%), за яким слідували Африканський регіон (23%) і регіон Західної частини Тихого океану (18%). Близько 87% нових випадків захворювання виникли в 30 країнах з важким тягарем туберкульозу, причому більше двох третин випадків захворювання в світі припадає на Бангладеш, Китай, Демократичну Республіку Конго, Індію, Індонезію, Нігерію, Пакистан і Філіппіни.

За даними останніх обстежень витрат пацієнтів у країнах, майже у кожному другому домогосподарстві світу, де є туберкульозний хворий, витрати у зв'язку з туберкульозом перевищують 20% доходів. Підвищений ризик захворювання мають люди з ослабленою імунною системою, у тому числі інфіковані ВІЛ, які страждають від неповноцінного харчування, або хворі на діабет, а також ті, які вживають тютюн. У 2021 р. в усьому світі було зареєстровано 2,2 млн нових випадків захворювання на туберкульоз, які були пов'язані з недоїданням, 740 тис. нових випадків захворювання на туберкульоз були пов'язані з розладами, викликаними вживанням алкоголю, і 690 тис. випадків – з курінням.

Для досягнення глобальних цільових показників, погоджених на Нараді високого рівня ООН з туберкульозу, обсяг щорічних видатків на профілактику, діагностику, лікування і надання допомоги у зв'язку з туберкульозом необхідно довести до показника 13 млрд дол. США.

Як і у минулі десятиліття, у 2021 р. більша частина витрат на протитуберкульозні послуги (79%) надійшла з внутрішніх джерел.

У країнах з низьким або середнім рівнем доходу вирішальне значення, як і раніше, має міжнародне донорське фінансування. Основним джерелом надходження коштів є Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (Глобальний фонд). Головним донором Глобального фонду, а також провідним двостороннім донором є уряд Сполучених Штатів Америки. За даними Групи дій у сфері лікування, 2021 р. на дослідження і розробку було виділено лише 0,9 млрд дол. США із 2 млрд дол. США, щорічно необхідних для прискорення розробки нових засобів боротьби з хворобою. Для цього потрібно кожен рік виділяти ще як мінімум 1,1 млрд дол. США.

ВООЗ тісно співпрацює із країнами, партнерами і громадянським суспільством у сфері розширення масштабів діяльності у зв'язку з туберкульозом. ВООЗ виконує шість основних функцій, які сприяють досягненню цілей політичної декларації високого рівня ООН, цілі у сфері стійкого розвитку, цілі Стратегії з лікування туберкульозу та стратегічних пріоритетів ВООЗ:

- забезпечення глобального лідерства з метою ліквідації туберкульозу на основі розробки стратегій, політичної та багатосекторальної взаємодії, посилення заходів щодо проведення огляду та забезпечення підзвітності, інформаційно-роз'яснювальної роботи та формування партнерств, у тому числі з громадянським суспільством;

- формування порядку денного в галузі наукових досліджень та інновацій і стимулювання отримання, засвоєння та поширення знань;

- встановлення норм і стандартів у галузі профілактики і лікування туберкульозу, а також заохочування і стимулювання до їх дотримання;

- розробка та просування заснованих на фактичних даних етичних варіантів політики в галузі профілактики та лікування туберкульозу;

- забезпечення спеціалізованої технічної підтримки державам-членам і партнерам разом із регіональними та локальними бюро ВООЗ, прискорення змін і створення стійкого потенціалу;

- моніторинг і представлення звітності щодо статусу епідемії туберкульозу та прогресу у сфері фінансування та здійснення діяльності на глобальному, регіональному рівнях і на рівні країни.

Гепатит В – потенційно небезпечне для життя інфекційне захворювання печінки, збудником якого є вірус гепатиту В (ВГВ). Це за-

хворювання є серйозною проблемою охорони здоров'я у всьому світі. Гепатит В – це вірусне інфекційне захворювання, що вражає печінку, і має перебіг у гострій або хронічній формі. Передача вірусу найчастіше відбувається пренатальним шляхом від матері до дитини, а також при контакті з кров'ю або іншими біологічними рідинами, у тому числі при статевих контактах, небезпечній практиці виконання ін'єкцій і порізах колючо-ріжучим інструментом.

За оцінками ВООЗ [Hepatitis B, 2023], 2019 р. у світі налічувалось 296 млн людей, які живуть з хронічним гепатитом В, при цьому щорічно відбувається близько 1,5 млн нових випадків інфікування. За оцінками, 2019 р. від гепатиту В померло 820 тис. осіб, головним чином, у результаті цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми (первинного раку печінки). Але гепатит В піддається профілактиці шляхом безпечних, доступних та ефективних вакцин. Існує безпечна та ефективна вакцина, яка забезпечує захист від гепатиту В на рівні 98–100%. Профілактика вірусного гепатиту дає змогу запобігти розвитку таких ускладнень, як хронічний гепатит і рак печінки. Тягар від гепатиту є найбільш важким у регіоні ВООЗ для країн Західної частини Тихого океану і в Африканському регіоні ВООЗ, де на хронічний гепатит В страждають 116 млн осіб і 81 млн осіб відповідно. 60 млн осіб інфіковані в регіоні Східного Середземномор'я, 18 млн – у регіоні Південно-Східної Азії, 14 млн – у європейському регіоні ВООЗ і 5 млн – у регіоні ВООЗ для країн Америки.

У високоендемичних районах гепатит найчастіше передається або від матері до дитини під час пологів (пренатальна передача), або в результаті горизонтальної передачі (контакт із зараженою кров'ю), особливо між інфікованими та неінфікованими дітьми у перші п'ять років життя. У грудних дітей, інфікованих від матері, або дітей, які інфікувалися у віці молодше 5 років, часто розвивається хронічна інфекція. Хронічний гепатит В розвивається менш ніж у 5% людей, що інфікувалися у дорослому віці, і приблизно у 95% інфікованих немовлят і маленьких дітей. Це підтверджує потребу в посиленні заходів із вакцинації немовлят і дітей молодшого віку та приділення їм першочергової уваги.

Вірус гепатиту В здатен виживати поза організмом людини протягом пів дня. Упродовж цього часу вірус зберігає здатність викликати інфекцію у разі потрапляння в організм людини, яка не захищена

вакциною. Тривалість інкубаційного періоду гепатиту В коливається від 30 до 180 днів. Вірус виявляється у крові впродовж 30–60 днів після інфікування і здатний персистувати в організмі, викликаючи хронічний гепатит В, особливо при зараженні в підлітковому віці або в дитинстві.

Близько 1% людей, що живуть з ВГВ-інфекцією (2,7 млн осіб), також інфіковані ВІЛ. При цьому середня поширеність вірусу серед ВІЛ-інфікованих у світі становить 7,4%. Станом на 2019 р. про наявність у них інфекції знали 30,4 млн осіб (приблизно 10,5% всіх людей, що живуть із гепатитом В), при цьому 6,6 млн осіб, яким було поставлено діагноз (22%), отримували лікування. Згідно з останніми оцінками ВООЗ, 2019 р. частка дітей у віці молодше п'яти років, які страждали хронічним гепатитом В, зменшилася до трохи менш ніж 1%, тоді як у період з 1980-х до початку 2000-х років їх частка становила близько 5%.

Гепатит С – це запальне ураження печінки, викликане вірусом гепатиту С. В усьому світі на хронічний гепатит С страждають 58 млн осіб, при цьому щорічно відбувається близько 1,5 млн нових випадків інфікування [Hepatitis C, 2023]. За наявними оцінками, на хронічний гепатит С страждають 3,2 млн дітей і підлітків. За оцінками ВООЗ, 2019 р. від гепатиту С померли приблизно 290 тис. осіб, головним чином у результаті цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми (первинного раку печінки). Протівірусні препарати дають змогу повністювилікувати гепатит у понад 95% випадків, однак рівень доступу до діагностики та лікування залишається низьким.

У цей час ефективної вакцини проти гепатиту С не існує. Вірус гепатиту С (ВГС) може викликати як гостру, так і хронічну інфекцію. Гострі інфекції ВГС зазвичай мають безсимптомний перебіг, і в більшості випадків не призводять до небезпечного для життя захворювання. Наприклад, у 30% (15–45%) інфікованих, впродовж шести місяців після зараження, відбувається спонтанневиліковування. У інших 70% (55–85%) розвивається хронічна інфекція ВГС. За хронічної інфекції ВГС ризик розвитку цирозу печінки впродовж наступних 20 років становить від 15% до 30%.

ВГС поширена в усіх регіонах ВООЗ. Найбільш високі показники захворюваності спостерігаються в регіоні Східного Середземномор'я та в Європейському регіоні, у кожному з яких у 12 млн лю-

дей наявна хронічна інфекція. У регіонах Південно-Східної Азії та Західної частини Тихого океану хронічно інфіковані приблизно по 10 млн осіб, а в Африканському регіоні та регіонах країн Америки – 9 і 5 млн осіб відповідно.

Доступ до лікування ВГС поліпшується, але залишається занадто обмеженим. У 2019 р. з 58 млн осіб, що живуть з ВГС у всьому світі, свій діагноз знали приблизно 21% (15,2 млн осіб); при цьому до кінця 2019 р. курс лікування ПППД пройшли приблизно 62% (9,4 млн) осіб, які живуть з хронічною інфекцією ВГС.

У травні 2016 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла першу Глобальну стратегію сектору здоров'я з вірусних гепатитів на 2016–2020 рр. [Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021 towards ending AIDs, 2016]. У стратегії підкреслюється найважливіша роль забезпечення загального охоплення послуг здоров'я та сформульовані цілі показники, узгоджені з Цілями сталого розвитку. Стратегія передбачає досягнення цілі елімінації вірусного гепатиту як проблеми громадського здоров'я до 2030 р. (що визначається як скорочення на 90% числа нових хронічних інфекцій і зниження смертності на 65% порівняно з вихідними показниками 2015 р.), а також включає план заходів щодо досягнення елімінації шляхом здійснення основних стратегій випадків профілактики, діагностики, лікування та роботи з населенням. У травні 2022 р. сімдесят п'ята сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я прийняла ряд нових комплексних глобальних стратегій сектору охорони здоров'я щодо ВІЛ, вірусного гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом, на період 2022–2030 рр. Базуючись на цих нещодавно прийнятих і нових стратегіях, багато держав-членів розробили всеохопні національні програми по боротьбі з гепатитом, і стратегії по досягненню його елімінації, керуючись глобальною стратегією сектору охорони здоров'я.

Глобальна відповідь на вірусний гепатит «стала свідком» зростаючого імпульсу та політичних зобов'язань упродовж 2016–2021 рр., у період реалізації стратегії, підтриманої величезним прогресом у сфері охорони здоров'я підходів до профілактики та лікування.

Хоча всі ключові втручання для вірусу та реакція на гепатит, яку вони продемонстрували, були високорентабельними, є потреба в помітному збільшенні фінансових інвестицій для досягнення цілей

ліквідації захворювання. Наявність безпечних і ефективних вакцин для лікування гепатиту В та противірусні ліки, які можуть запобігти передачі гепатиту В, забезпечують ефективне лікування гепатиту С і створюють великий потенціал для припинення вірусного гепатиту епідемії до 2030 р. Деякі країни з високим тягарем вірусних гепатитів докладають значних зусиль до боротьби з цими захворюваннями, проте величезні прогалини в діагностиці та лікуванні гепатиту залишаються у більшості країн. Згідно з цілями глобальної стратегії впродовж наступних восьми років нові випадки інфікування вірусним гепатитом В і С необхідно скоротити приблизно з 3 млн нових випадків у 2020 р. до 520 тис. до 2030 р.; а смерті від вірусних гепатитів В і С мають зменшитися з 1,1 млн до менш ніж 500 тис. смертей. Це вимагає масштабного розширення наявних засобів профілактики, діагностики та послуг з лікування для осіб із низьким і середнім рівнем доходів у країнах, а також загального доступу до вакцини проти гепатиту В при народженні. Інтеграція послуг з вірусних гепатитів в універсальні пакети медичних послуг, спрощення та децентралізація надання послуг, перегляд і реформування шкідливого законодавства та політик, які створюють перешкоди на основі доказів втручання, а також поліпшення координації з іншими сферами охорони здоров'я, такими як ті, що стосуються раку та материнства, охорона здоров'я дітей, що підтримується громадськістю, політична обізнаність і адекватне фінансування.

ІПСШ безпосередньо впливають на сексуальне та репродуктивне здоров'я, призводять до стигматизації, безпліддя, онкологічних захворювань та ускладнень у період вагітності, а також підвищують ризик ВІЛ-інфекції. Одним із серйозних факторів, що перешкоджають скороченню тягаря ІПСШ у світі, є стійкість лікарських засобів до цих інфекцій.

Відомо, що статевим шляхом, у тому числі при вагінальному, анальному та оральному сексі, можуть передаватися понад 30 різних бактерій, вірусів та паразитів. Деякі ІПСШ можуть також передаватися від матері до дитини під час вагітності, пологів і годування груддю. Найбільшу захворюваність серед ІПСШ викликають вісім патогенів. З них чотири інфекції: сифіліс, гонорея, хламідіоз і трихомоніаз – у даний час виліковні. Інші чотири інфекції – гепа-

тит В, вірус простого герпесу (ВПГ), ВІЛ і вірус папіломи людини (ВПЛ) – мають вірусну природу і не піддаються лікуванню.

Крім того, останнім часом відбуваються спалахи нових інфекцій, які можуть передаватися статевим шляхом, у тому числі віспи мавп [Multi-country monkeypox outbreak, 2022], Shigella sonnei [Disease Outbreak News, 2022], Neisseria [Gonorrhoea, 2023], meningitidis [Meningitis, 2023], вірусів Ебола [Ebola virus disease, 2023] та Зіка [Zika virus, 2022], а також повернення ППСШ, яким не приділялося достатньо уваги, зокрема венеричної лімфогранульоми [Хламідійна лімфогранульоза, 2023]. Вони додатково ускладнюють надання належних послуг з профілактики ППСШ та боротьби з ними.

ППСШ здійснюють серйозний негативний вплив на сексуальне та репродуктивне здоров'я у всьому світі. Щодня відбувається понад 1 млн випадків зараження ППСШ, більшість з яких мають безсимптомний перебіг. У 2020 р., за оцінками ВООЗ, 374 млн людей заразилися однією з чотирьох ППСШ – хламідіозом (129 млн), гонореєю (82 млн), сифілісом (7,1 млн) та трихомоніазом (156 млн). Кількість осіб із генітальною інфекцією вірусу простого герпесу (ВПГ) оцінюється на рівні понад 500 млн осіб (віком 15–49 років) [James, Harfouche, Welton, 2020]. Щороку внаслідок інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ) відбувається понад 311 тис. випадків смерті від раку шийки матки [Bray, Ferlay, Soerjomataram, Siegel, Torre, Jemal, 2018]. Згідно з оцінками, 2016 р. майже 1 млн вагітних було інфіковано сифілісом, що призвело до більш ніж 350 тис. випадків несприятливого результату пологів [Unemo, Lahra, Escher, Eremin, Cole, Galarza, Ndowa, Martin, Dillon, Galas, Ramon-Pardo, Weinstock, 2021].

До біомедичних заходів профілактики деяких ППСШ відносять добровільне медичне обрізання у дорослих чоловіків, використання мікробіоцидів і проходження лікування партнерами. Продовжуються дослідження, покликані оцінити переваги та потенційну безпеку засобів до- та постконтактної профілактики ППСШ з урахуванням фактору стійкості до протимікробних препаратів (УПП).

За результатами численних досліджень встановлено, що наявність ППСШ суттєво підвищує ризик передачі та інфікування ВІЛ статевим шляхом. Зокрема, передачі ВІЛ сприяють сифіліс, генітальний герпес, гонорея, хламідіоз, трихомоноз, кандидоз, мікоплазмоз та інші венеричні інфекції. Ерозії та виразки, запалення, пошкодження

тканин, що зумовлено ІПСШ, ослаблюють чинники захисту організму від інфікування ВІЛ.

Про погіршення ситуації щодо ризикованої статевої поведінки населення, особливо окремих груп, звітують усі країни світу, що і призвело до щорічного зростання загальних показників соціально небезпечних захворювань, які передаються статевим шляхом, у т. ч. ВІЛ-інфекції [Аналіз основних показників соціально небезпечних захворювань, що передаються статевим шляхом, 2020]. Так, за даними CDC (www.cdc.gov), у США у 2018 р. рівень захворюваності на сифіліс зріс на 13,3%, гонореї – на 5% по відношенню до попереднього року, а до базового 2013 р. – удвічі (на 76% і 67% відповідно). Аналіз загальнодержавного й регіонального рівнів захворюваності класичних ІПСШ за 2015–2019 рр. довів їх зниження за показником наочності: сифіліс – на (-) 22,3% (з 7,6 до 5,9 на 100 тис. населення) по Україні; гонококова інфекція – на (-) 42,2% (з 13,5 до 7,8 на 100 тис. населення) відповідно.

Зміна поведінки є складним завданням. Незважаючи на активні зусилля щодо пошуку простих заходів, здатних зменшити масштаби ризикованої сексуальної поведінки, зміна поведінки так і залишається складним завданням. Але завдяки поширенню інформації, роз'яснювальній роботі та консультуванню люди можуть навчитися краще розпізнавати симптоми ІПСШ та частіше звертатися за допомогою, а також рекомендувати звернення за допомогою своїм партнерам.

ВООЗ розробив Глобальну стратегію сектору охорони здоров'я з інфекцій, що передаються статевим шляхом на 2016–2021 рр. [Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021, 2016]. У проєкті стратегії заходи боротьби сектору охорони здоров'я з епідемією інфекцій, що передаються статевим шляхом, розглядаються як важлива умова досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я – однією з ключових цілей у сфері сталого розвитку, пов'язаних зі здоров'ям, які визначені у Порядку денному у сфері сталого розвитку на період до 2030 р.

Прийняття стратегії та її здійснення дадуть змогу різко знизити кількість нових випадків інфекцій, що передаються статевим шляхом, і смертність, зумовлену цими інфекціями (включаючи мертвородження та рак шийки матки), забезпечуючи при цьому покра-

щення стану здоров'я окремих людей, сексуальне здоров'я чоловіків і жінок та благополуччя всіх людей.

Стратегія послугує керівництвом для прискореного вжиття та цілеспрямованого використання комплексних заходів профілактики шляхом розширення масштабів застосування різних поведінкових, біомедичних і структурних підходів, що ґрунтуються на фактичних даних; сприятиме розширенню доступу людей до інформації про свій статус щодо інфекцій, що передаються статевим шляхом; покращить доступ до лікування та за потреби до комплексного довгострокового догляду; сприятиме подоланню поширеної практики стигматизації та дискримінації.

Глобальну відповідь на захворювання, що передаються статевим шляхом, необхідно терміново відновити й переформатувати після років нехтування та відсутності політичних зобов'язань і належного фінансування. Ці інфекції продовжують нести клеймо та залишаються прихованими; і більшості з 374 млн людей, які отримали ці інфекції, щороку бракує доступу до обстеження, діагностики та лікування. Так, досягли певних успіхів у вертикальній передачі сифілісу до 2020 р. 15 країн. Від вірусу папіломи людини вакцинація також розгортається, і це є частиною національних графіків імунізації, але охоплення залишається низьким. Багато країн мають обмежені дані про інфекції, що передаються статевим шляхом, або їх недостатньо для того, щоб використати можливості пов'язати відповіді на інфекції, що передаються статевим шляхом, із відповіддю на ВІЛ та інші інфекційні хвороби. Припинення епідемії інфекцій, що передаються статевим шляхом, як проблеми громадського здоров'я на 2030 р., потребуватиме значного зменшення нових інфекцій, що підтримується зусиллями у величезних масштабах підвищення первинної профілактики та розширення доступу до скринінгу на ці інфекції, підвищення обізнаності про вплив на здоров'я населення інфекцій, що передаються статевим шляхом, і безпечне адекватне фінансування. Досягнення цих амбітних цілей також потребує збільшення доступу до високоякісних засобів ведення випадків інфекції, що передаються статевим шляхом, наданих державними, приватними та недержавними службами постачальників відповідних послуг і використання синергії з сексуальним і репродуктивним здоров'ям, плануван-

ня сім'ї, послуги з охорони здоров'я підлітків і ВІЛ через підхід до первинної медико-санітарної допомоги, посилення спостереження за інфекціями, що передаються статевим шляхом, і протимікробної стійкості, прискорене дослідження в пунктах догляду, домашня діагностика та нові вакцини.

2.2. Стан, тенденції та загрози поширення соціально небезпечних хвороб в Україні

Уперше в історії незалежної України система охорони здоров'я приймає такий масштабний виклик. Колосальні ризики, нечувані досі наслідки війни торкнулись і напрямів роботи з чутливими групами населення – людей, які потребують лікування туберкульозу, ВІЛ-інфікованих, людей з вірусними гепатитами, що потребують планового постійного лікування та медичного нагляду.

На фоні вже існуючих в українському суспільстві проблем, пов'язаних із поширенням соціально небезпечних хвороб, унаслідок війни очікується, що ситуація з тенденціями їх поширення, яка вже погіршилася, може погіршитися ще більше, оскільки [Чепурко, 2022]:

- через значну кількість поранених, ускладнення санітарних і соціально-економічних умов життя багатьох українців ризик стрімкого зростання епідемії вірусних гепатитів в Україні зросте;
- скринінг на ВГС для мобілізованих не передбачений, а безпосередньо у районі проведення бойових дій майже відсутні засоби профілактики вірусних інфекцій;
- війна, переміщення можуть сприяти випадковим статевим контактам, які до того ж можуть бути незахищеними, а самі учасники статевого контакту можуть мати обмежений доступ до медичних і профілактичних послуг;
- історично спалахи туберкульозу відбуваються в умовах воєнних конфліктів. Також їм сприяють неналежні умови життя, в яких можуть перебувати як військові, так і переміщені особи. До того ж, на початку війни, коли відбувалися масові потоки переміщення українців у середині та за межами країни, українські біженці перебували в умовах підвищеного скупчення людей;

- багато профілактичних і лікувальних програм закрилися. А деякі пацієнти вимушені були перервати лікування, що не тільки спричиняє погіршення здоров'я самого пацієнта, а й викликає нові спалахи захворювань;
- під час воєнних дій зростає ризик опинитися поруч із людиною, що отримала поранення, має кровотечу та потребує допомоги. Якщо ж ця людина хвора на гепатит В, існує великий ризик зараження, якщо її кров потрапить на незахищену, наприклад медичними рукавичками, шкіру;
- до того ж, в умовах війни зростає потреба в переливанні донорської крові, що також може підвищувати ризик інфікування;
- через порушення логістики доставки вакцин і доступу до них, внаслідок ураження мостів і доріг, дефіцит персоналу, який може бути мобілізований для інших цілей, ускладнюється профілактика вакцинокеруваних інфекцій, у т. ч. ТБ, гепатиту В;
- стрес, недоїдання, ослаблюють імунітет людини, внаслідок чого сприйнятливість до інфекцій зростає;
- зміни в побуті, а саме: відсутність водопостачання, перебої чи неможливість підвищення питної води, через що люди вимушені вживати будь-яку воду, окрім інших хвороб, може в т. ч. призвести до інфікування гепатитом.

Також очікується, що війна посилить гендерну нерівність, що супроводжуватиметься збільшенням випадків сексуального насильства та насильства за ознакою статі (СГН) і підвищенням ризику торгівлі людьми, особливо для жінок, дівчат-підлітків та дітей. Проблеми, пов'язані з дискримінацією, відчуженням і насильством за ознаками сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, гендерного самовираження та статевих характеристик загострюються у середовищах, уражених нестабільністю, конфліктами та насильством [Analysis of Crisis Impacts and Needs in Eastern Ukraine, 2015; Sexual Orientation and Gender Identity in Contexts Affected by Fragility, Conflict, and Violence, 2020].

Окрім усіх перелічених факторів, ще можна додати і той, що наразі доволі складно проводити будь-які оцінки щодо змін (чи то погіршення, чи поліпшення ситуації), оскільки в Україні відбулися колосальні міграційні процеси: як внутрішні, так і зовнішні, що сут-

тво впливає на можливість проведення таких оцінок і достовірність отриманих результатів.

Соціальний аспект проблеми профілактики поширення соціально небезпечних хвороб у суспільстві полягає у необхідності формування спільними зусиллями держави і суспільства відповідних ефективних поведінкових стратегій населення, однією з головних складових яких є відповідальність соціального або індивідуального суб'єкта за дотримання правил безпечної поведінки та підтримання здорового способу життя заради суспільної та особистої безпеки [Чепурко, 2022].

Стан, тенденції та загрози поширення ВІЛ-інфекції залишаються однією з найважливіх невирішених проблем охорони громадського здоров'я, яка стосується мільйонів людей у Європейському регіоні ВООЗ, особливо у східній його частині: за останні 30 років ВІЛ-інфекцію було офіційно зареєстровано у 2,1 млн людей [ВІЛ-інфекція в Україні, 2020].

Україна посідає одне з перших місць серед країн Європейського регіону ВООЗ за кількістю ВІЛ-позитивних осіб [ECDC and the WHO Regional Office for Europe, 2022]. Оновлені оцінки з ВІЛ/СНІДу свідчать, що на початок 2021 р. в Україні мешкало 257 548 (209 тис. – 325 тис.) людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), у тому числі 209 816 людей на підконтрольних Україні територіях. Згідно з отриманими результатами у прогнозованому періоді до 2025 р. включно очікується повільне зростання оціночної кількості ЛЖВ до 267 тис. осіб [Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні..., 2021]. Оціночний рівень поширеності ВІЛ серед дорослих віком 15 років і старше з 2021 по 2025 р. залишатиметься без змін, на рівні 0,7%.

За оціночними даними, на кінець 2022 р. у країні проживало 245 тис. ВІЛ-позитивних людей [Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні, 2023]. Станом на 01.04.2023 у закладах охорони здоров'я під медичним наглядом перебували 157 992 людини, які живуть з ВІЛ, що становить 385,2 на 100 тис. населення. За оперативними даними, впродовж перших трьох місяців 2023 р. виявлено та офіційно зареєстровано 2931 випадок ВІЛ-інфекції (7,1 на 100 тис. населення), найвищі показники захворюваності на 100 тис. населення – у Дніпропетровській (23,8), Одеській (20,7), Миколаївській (11,9), Київській (9,7) та Кіровоградській (9,1) областях.

Показник захворюваності за 1-й квартал 2023 р. на 13% більший порівняно з аналогічним періодом 2022 р., що передусім зумовлено меншим охопленням скринінговими дослідженнями у 2022 р. Найбільше ці зміни відчутні на сході та півдні країни, де у Луганській області показник зменшився на 100%, у Донецькій – на 48% та Херсонській – на 82%.

У структурі шляхів інфікування ВІЛ переважна більшість випадків припадає на статевий шлях (73,9%), проте зберігається актуальність парентерального шляху інфікування внаслідок вживання наркотичних препаратів ін'єкційним способом (25,4%); порівняно з першим кварталом 2022 р. помітна тенденція до збільшення статевого шляху передавання.

Від початку року станом на 01.04.2023 зареєстровано 795 випадків захворювання на СНІД (1,9 на 100 тис. населення), що на 20% більше аналогічного періоду 2022 р., коли почалися воєнні дії, але на 29% нижче показника 2021 р. У тому числі зареєстровано 401 смерть від СНІДу, що становить 1,0 на 100 тис. населення. Найістотніше зниження показника захворюваності за даними офіційної реєстрації – на сході України (Херсонська область – на 90%, Чернігівська – на 78%, Луганська – на 50%, Донецька – на 44%).

Одним із вирішальних факторів впливу на зменшення ризику передавання вірусу та зниження захворюваності й смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, серед ЛЖВ є антиретровірусна терапія (АРТ). За офіційними даними, загальна кількість ЛЖВ, які отримують АРТ, зменшилася станом на 01.04.2023 на 6% і становить 120 980 осіб (на 01.04.2022 – 129 194). Навіть незважаючи на наявні виклики, тривають заходи з подальшого розширення АРТ і утримання на лікуванні тих, хто вже його отримує.

Усі послуги у сфері ВІЛ в Україні надаються з урахуванням сучасних міжнародних стратегій UNAIDS, ВООЗ, CDC відповідно до клінічних протоколів [Наказ №182, 2007р.] і стандартів медичної допомоги, які ґрунтуються на доказовій медицині, у тісній співпраці держави та громадського сектору.

Попередні успіхи у відповіді на епідемію ВІЛ, яких досягла наша країна, пов'язують із тим, що ВІЛ-послуги надаються [Наказ № 1607, 2019] за пацієнт-орієнтованим підходом [Гойда, Єщенко, 2016] з урахуванням прав людини та гендерної рівності [Александріна,

Ещенко, Зеленська, 2013], що дає змогу підтримувати прихильність до лікування – відстежувати пропущені візити, відшукувати втрачених пацієнтів, надавати соціальну та психологічну допомогу та видавати АРТ на тривалий термін усіх, хто потребує лікування, що ефективно відстежується в Україні на рутинній основі.

У своїй роботі з подолання епідемії ВІЛ-інфекції Україна керується Державною стратегією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 р. [Розпорядження № 1415-р, 2019], в якій закріплені основні цілі щодо запобігання новим випадкам інфікування ВІЛ, удосконалення системи ефективного виявлення ВІЛ, забезпечення всебічного доступу до лікування ВІЛ-інфекції. Йдеться про цілі «95–95–95» [Fast-Track strategy to end the AIDS epidemic by 2030, 2021]. Незважаючи на усі виклики, Україна упевнено продовжує рух у напрямі досягнення зазначених цілей (244 877 кількість ЛЖВ на початок 2022 р.; 183 929 ЛЖВ залучені до медичного нагляду (зарєстровані); 152 226 ЛЖВ отримують антиретровірусну терапію).

В Україні, як і на глобальному рівні, для вимірювання прогресу у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції використовується каскад безперервної допомоги, який складається з оцінки послідовних етапів надання допомоги у зв'язку із ВІЛ, де точкою відліку для послідовного аналізу є взята за 100% оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ (далі – ЛЖВ) [ВІЛ-інфекція в Україні, 2022].

Невизначальний рівень вірусного навантаження серед тих людей з ВІЛ, хто отримує АРТ, забезпечено на 94%. Пацієнт може отримати АРТ у майже 400 закладах охорони здоров'я України, а в майбутньому планується ще більше наближення послуг до пацієнтів та децентралізація АРТ, зокрема й на рівень первинної медичної допомоги – до сімейних лікарів.

Упровадження доконтактної профілактики ВІЛ в Україні розпочалося у 2018 р. із 130 людей. Доконтактна профілактика (ДКП) – використання ВІЛ-негативними людьми антиретровірусних препаратів для профілактики ВІЛ-інфекції – є важливим елементом у наборі профілактичних інструментів. ДКП дає змогу людям знизити ризик зараження ВІЛ, особливо в тих життєвих ситуаціях, коли цей ризик особливо високий [The Path That Ends Aids, 2023]. CDC повідомляє, що щоденне використання ДКП знижує ризик зараження ВІЛ при

сексуальних контактах на 90% і на 70% у разі вживання ін'єкційних наркотиків (наркотичні речовини, які вводяться ін'єкційним шляхом) [Основи ВІЛ. Профілактика. PrEP, 2022]. У 2021 р. приблизно 1,6 млн людей у всьому світі отримували пероральний PrEP принаймні один раз. Майже 1 млн із них були у східній і південній Африці [UNAIDS Global AIDS Update, 2022]. Однак для України це порівняно нова програма, яка ще не має достатньо широкого охоплення. Станом на сьогодні PrEP приймають понад 6 тис. людей у різних куточках України.

Упровадження ДКП в Україні розпочалось у 2018 р. як пілотний проєкт серед ЧСЧ у місті Києві за підтримки Центрів контролю і профілактики захворювань США, згідно із Надзвичайним планом Президента США по боротьбі зі СНІДом (PEPFAR), який здійснювався у партнерстві з ГО «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ» [Визначення терміну PrEP. Щодо проєктів ПрЕП в Україні, 2022]. За п'ять років географія ДКП розширилась від столиці до усіх регіонів, а кількість людей, які отримують ДКП, збільшилась від 4-х ЧСЧ у м. Києві до 5711 людей. Наразі ДКП має значний потенціал для впровадження в Україні, адже значна частка ЧСЧ мають бажання приймати ДКП і погоджуються з умовами її проведення. Відбулись зміни і соціального портрета учасників програми. Хоча більшість (42%) є представниками групи ЧСЧ, на кінець 2021 р. ДКП хоча б раз за рік отримали 828 ЛВІН, 144 СП, 4 ТГ. Чоловіки частіше отримують ДКП, ніж жінки, і становлять 72% від загальної кількості клієнтів програми. У 2021 р. відбулось найбільше розширення програми ДКП: уперше у житті отримали препарати 4794 людини. За кількістю залучених до ДКП осіб переважає м. Київ – це п'ята частина усіх, хто отримував ДКП минулого року, та Одеська область [ВІЛ інфекція в Україні, 2022].

Ще одна профілактична програма ППМД – профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. Протягом останніх трьох років Україні вдалося досягти цільових показників валідації елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини. Незважаючи на кризи, спричинені спочатку пандемією, потім активною фазою війни, впродовж останніх п'яти років Україна досягла цільового значення показника «частота передачі ВІЛ від матері до дитини» (ЧПМД) $\leq 2\%$, визначеного ВООЗ і Державною стратегією з протидії ВІЛ, ТБ, ВГ до 2030 р. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, за даними ранньої діаг-

ностики ВІЛ-інфекції у новонароджених, є менше як 2% та у 2021 р. становила 1,3%. У 2022 р., за даними ранньої діагностики, ЧПМД в Україні становила 1,6% (21 дитина). Досягненню цього рівня сприяло: 1) охоплення тестування вагітних на ВІЛ, що досягло за останні 5 років рівня 98–99%; 2) охоплення вагітних антиретровірусною терапією сягало у 2018–2021 рр. $\geq 95\%$ та 94,4% у 2022 р. [Елімінація передачі ВІЛ від матері до дитини: поточний стан справ, пріоритетні завдання та стратегічні цілі на 2023 рік, 2022].

Тож бачимо, що система ВІЛ-послуг в Україні, завдяки якій вдалося вплинути на стан, загрози та тенденції поширення ВІЛ, невпинно розвивалася в останні роки та приносила свої успіхи, якими Україна та сектор, орієнтований на подолання епідемії ВІЛ, могли пишатися. Але після 24 лютого 2022 р., коли розпочалося повномасштабне вторгнення Росії в Україну і під загрозою опинилися усі послуги – а відповідно, здоров'я та життя людей, які живуть з ВІЛ.

Стан, тенденції та загрози поширення туберкульозу (ТБ) – соціально небезпечної інфекційної хвороби, має політичні, соціальні, економічні, культурні складові, а наслідки негативно впливають на стан здоров'я і якість життя населення, несуть у собі загрозу економіці та національній безпеці держави.

Нині третина населення земної кулі інфікована мікобактеріями туберкульозу. Щорічно у світі на туберкульоз захворюють 9 млн осіб, а 3 млн не отримують належного лікування [Reach the 3 million. Find. Treat. Cure TB, 2014]. Загальна кількість хворих у світі сягає 50–60 млн [Мельник, б. д.]. Один хворий на туберкульоз може інфікувати в середньому 10–15 здорових осіб, а якщо він перебуватиме в школі, театрі чи в громадському транспорті, то більше. Це призводить до значного поширення туберкульозу. Ось чому Всесвітня організація охорони здоров'я в 1993 р. проголосила туберкульоз глобальною небезпекою. Останнім часом щороку 24 березня всі країни світу відзначають Всесвітній день боротьби з туберкульозом [Word TB day, 2013].

Туберкульоз є серйозною проблемою не тільки для України, а й для всього людства. Захворювання на туберкульоз призводить до скорочення тривалості життя людини, зростання рівня смертності, тимчасової та стійкої втрати працездатності, збільшення витрат на організацію медичних послуг, соціальної нерівності та дискримі-

нації населення. Щорічно від цієї хвороби у всьому світі помирає майже пів мільйона людей. Туберкульоз є однією з 10 основних причин смертності населення в світі. За даними аналізу економічних показників, який готує ВООЗ, щорічні втрати світової економіки від захворювання на туберкульоз становлять близько 12 млрд дол. США. За даними економічного аналізу та розрахунків КРМГ [Вплив туберкульозу на світову економіку, 2017], щорічні втрати ВВП, залежно від захворюваності на туберкульоз у країнах світу, становлять до двох відсотків. За останні кілька років збитки від туберкульозу в Україні сягнули 3,7 млрд грн на рік [Островерха, Дуб, 2016].

У травні 2014 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я (м. Женева, Швейцарія) схвалила Глобальну стратегію «Покласти край ТБ» [Реализация стратегии ликвидации туберкулеза: основные положения, 2018; План дій по боротьбі з туберкульозом...., 2016] на період 2016–2035 рр., мета якої – подолати перешкоди в боротьбі з туберкульозом, мультирезистентним туберкульозом і ко-інфікуванням ВІЛ/ТБ, підбити підсумки реалізації Глобального плану «Зупинити ТБ» [Зупиніть туберкульозне партнерство, б. д.], що був розроблений Стратегічною робочою групою ВООЗ із ТБ та погоджений всіма країнами – членами ВООЗ і впроваджувався у 2005–2015 рр. Головним завданням нової Глобальної стратегії ВООЗ із протидії ТБ до 2035 р. є звільнення світу від ТБ з досягненням нульового рівня захворюваності, смертності та страждань від цієї недуги.

Питання протидії туберкульозу є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку, а також предметом міжнародних зобов'язань України в частині виконання положень Угоди про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншого [Про ратифікацію Угоди, 2014]. Надзвичайно високий рівень поширеності туберкульозу в Україні зумовлений низкою соціально-економічних проблем – факторів ризику та охоплює окремі верстви населення – груп ризику захворювання на туберкульоз. Особливо загрозливим є несвоєчасне звернення хворих по медичну допомогу, пізнє виявлення ТБ і поєднаних форм ВІЛ/ТБ, що зумовлює високий рівень смертності від ТБ і є результатом відсутності комплексного підходу до поєднання профілактичних і лікувальних програм на держав-

ному і регіональному рівнях в єдину ефективну систему протидії. У 1995 р. в Україні проголошена епідемія туберкульозу [Уніфікований клінічний протокол, 2014]. Попри те, що в Україні впродовж останніх років спостерігається тенденція до зменшення темпів захворювання на туберкульоз (з 67,6 випадків у 2016 р. до 60,1 випадків на 100 тис. населення у 2019 р.), рівень цієї захворюваності до цього часу перевищує епідемічний поріг (50 випадків на 100 тис. населення). Поряд з тим, за даними ВООЗ, в Україні щороку не виявляється близько 25% випадків захворювання на туберкульоз, що сприяє подальшому його поширенню серед населення [Розпорядження про схвалення Державної стратегії, 2019].

Що ж стосується останніх даних Центру громадського здоров'я, в Україні за 2022 р. кількість уперше зареєстрованих захворювань на ТБ, включно з його рецидивами, становила 18 510, або 45,1 на 100 тис. населення, що на 2,5% більше показника 2021 р. (18 241, або 44,0 на 100 тис. населення) [Статистика з туберкульозу, 2021].

Захворюваність на ТБ серед дітей віком до 14 років залишилася на рівні 2021 р. – 7,4 на 100 тис. дитячого населення (450 випадків). Показник захворюваності на ТБ серед підлітків зменшився на 17,6% – із 12,5 до 10,3 на 100 тис. осіб віком 15–17 років включно (127 випадків). Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини, порівняно з 2021 р. зменшилася з 6,5 до 6,1 на 100 тис. населення (2490 випадків). Захворюваність на туберкульоз серед працівників закладів охорони здоров'я України 2022 р. зменшилася до 148 осіб (2021: 152).

За останніми даними: у березні 2023 р. в Україні зареєстровано 2069 випадків туберкульозу [Статистика ВІЛ і ТБ в Україні, 2023], з них у т. ч. 1560 нових випадків захворювання. Загалом у березні 2023 р. від туберкульозу лікувалася 12 251 людина.

У глобальному звіті ВООЗ в Україні відзначено стабільний прогрес за показником ефективності лікування, виявлення нових випадків і рецидиву захворювання, а також усіх випадків ТБ, що перевищує середньоєвропейські показники, проте залишається все ще нижче бажаного рівня, що пояснюється тенденцію до повільнішого темпу зниження, зокрема загалом у світі (для досягнення глобальних цілей необхідним є щорічне зниження рівня захворюваності не менше ніж на 17%, а показників смертності – не менше ніж на 5%)

[Global tuberculosis report, 2021]. Упроваджені останнім часом заходи та рішучі кроки в напрямі реалізації цілей Стратегії ліквідації ТБ до 2035 р. (End TB Strategy) позитивно вплинули на досягнення контрольних цілей 2020 р. і пом'якшили негативні наслідки пандемії [Туберкульоз в Україні..., 2021].

До позитивних результатів виконання програми боротьби з ТБ за лабораторними показниками слід віднести: охоплення швидкими методами діагностики – 96%, проведення тестування на стійкість до рифампіцину – 97% та бактеріологічного підтвердження – 72%. Крім того, відзначено позитивну динаміку за індикаторами ВІЛ/ТБ: поінформованість пацієнтів щодо особистого ВІЛ-статусу становить 99%, показник надання АРТ – 91%; надання превентивного лікування серед осіб з позитивним ВІЛ-статусом – 73%. Деякі прогалини відзначено в діагностиці та лікуванні ТБ у дітей. Показник виявлення ТБ у дітей становив 2%. Проте відзначено прогрес у наданні ПЛ ТБ – 79,8%, хоча і цей показник можливо покращити. Також необхідно докласти зусиль для підвищення показників лікування: показник діагностики та лікування МЛС-ТБ становив 46,4%, а діагностики та лікування ТБ – 64,7%. Враховуючи проміжні цілі ліквідації ТБ, було досягнуто зниження рівня захворюваності на 19,8% порівняно до показників 2015 р., але все ще недостатнім є зниження показників смертності.

Комплексний підхід на основі аналізу результатів досліджень епідемічної ситуації з туберкульозу за період 2005–2015 рр., оцінки динаміки захворюваності на хіміорезистентний туберкульоз та ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, ефективності профілактичних заходів, забезпеченості протитуберкульозними препаратами медичних закладів, стану функціонування протитуберкульозної служби *дали змогу зробити прогноз щодо динаміки захворюваності та смертності від туберкульозу до 2025 р.* [Інформаційний бюлетень до Всесвітнього та Всеукраїнського дня боротьби з туберкульозом, 2017]:

- при соціально-економічних умовах в Україні гірших, ніж сьогодні, і/або неприборканні епідемії ВІЛ-інфекції і/або зростанні хіміорезистентного туберкульозу, захворюваність туберкульозу до 2025 р. може збільшитися удвічі, а смертність – у 2,5 раза;
- при соціально-економічних умовах у країні таких, як сьогодні, при такому ж стані з хіміорезистентним туберкульозом і з епіде-

мією ВІЛ/СНІД, захворюваність і смертність від туберкульозу може хвилеподібно коливатися з повільною тенденцією до стабілізації та зменшення;

– при соціально-економічних умовах в Україні кращих, ніж сьогодні, і/або приборканні епідемії ВІЛ-інфекції та контролю за хіміорезистентним туберкульозом, захворюваність може зменшуватися на 5–7% щороку, а смертність може зменшуватися на 10% щороку.

Стан, тенденції та загрози поширення гепатитів – захворювання печінки запального характеру, як правило, вірусного походження. Головні причини розвитку гепатиту: віруси гепатиту; деякі інфекційні захворювання; токсичні речовини (алкоголь, деякі наркотичні препарати); медикаменти; аутоімунні захворювання. Існує п'ять основних типів вірусів гепатиту: А, В, С, D і Е. Усі типи вірусів спричиняють захворювання печінки, але між ними є істотна відмінність. Зокрема, типи В і С призводять до розвитку хронічного запалення печінки у мільйонів людей і є однією з головних причин цирозу та раку печінки. За даними ВООЗ, 2015 р. вірусний гепатит став причиною смерті 1,34 млн людей [Вірусні гепатити, 2015].

За оцінками ВООЗ, у світі живе близько 257 млн людей з ВГВ (вірусний гепатит В). У 2017 р. в Україні офіційно зареєстровано 20 846 людей із хронічним гепатитом В, проте значна частина людей може не знати про свою хворобу, оскільки критерії, за якими людина може належати до групи ризику доволі широкі. Найбільш уразливими до інфікування вірусом гепатиту В є люди, які [Гепатит: люди, які входять до груп ризику, 2018]:

- отримують косметологічні процедури, під час яких відбувається контакт з кров'ю, без належної стерилізації інструментів;
- перебувають на гемодіалізі та/або часто отримують переливання крові (чи її компонентів);
- народжені матір'ю, у якої діагностовано гепатит В;
- мають / мали статеві стосунки з особою, у якої діагностовано вірус гепатиту В;
- мають / мали численні сексуальні контакти чи надають сексуальні послуги за винагороду;
- робили собі татування або пірсинг;

- працівники сфери охорони здоров'я або іншої сфери, які потенційно контактують з кров'ю;
- проживають з особою, у якої діагностовано вірус гепатиту В;
- чоловіки, які мають секс з чоловіками;
- перебували у країнах з високим рівнем поширеності вірусу гепатиту В;
- живуть з ВІЛ або/та вірусом гепатиту С чи мають хронічні захворювання печінки;
- вживали / вживають наркотики ін'єкційно.

Станом на 1 липня 2018 р. в Україні є 1 805 242 дози вакцин від вірусу гепатиту В, завдяки яким ми можемо впливати на розвиток епідемії гепатиту В.

За оцінками ВООЗ і національних експертів, близько 5% українців інфіковані гепатитом С, а це близько 2 млн осіб, проте значна кількість хворих не знає про свій діагноз. Станом на 1 січня 2018 р. під медичним спостереженням офіційно перебуває 52 448 осіб.

Найбільш уразливими до інфікування вірусом гепатиту С (ВГС) є люди, які [Вірусні гепатити, 2015]:

- отримували чи робили косметологічні процедури, при яких відбувається контакт з кров'ю без належної стерилізації;
- перебувають на гемодіалізі та/або часто отримують переливання крові (чи її компонентів);
- народжені матір'ю, у якої діагностовано вірус гепатиту С;
- мають або мали статеві стосунки з особою, у якої діагностовано вірус гепатиту С;
- чоловік, який має секс з чоловіками;
- особа, яка надає сексуальні послуги за винагороду;
- робили собі татування або пірсинг тощо;
- працівник сфери охорони здоров'я або працівник іншої сфери, який потенційно контактує з кров'ю;
- перебували в закладах позбавлення волі;
- живуть з ВІЛ або/та вірусом гепатиту В;
- отримували медичну допомогу в країнах з високим рівнем поширеності вірусу гепатиту С;
- мали підвищену активність АЛТ або хронічні захворювання печінки;
- вживали або вживають наркотики ін'єкційно.

З метою вирішення проблем, пов'язаних з ВГ, Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ) розробила Глобальну стратегію сектору охорони здоров'я по вірусному гепатиту на 2016–2021 рр. – «На шляху до ліквідації вірусних гепатитів», в якій встановлено ключові цілі до 2020 та 2030 рр.:

– скорочення нових випадків хронічного ВГВ і ВГС на 30% до 2020 р. і на 90% – до 2030 р.;

– скорочення кількості смертей на 10 та 65% у 2020 р. і у 2030 р. відповідно [Вірусні гепатити, 2020, 2021].

Досягнення зазначених цілей передбачається шляхом реалізації низки заходів із запобігання інфікуванню, а також розширення доступу до діагностики та лікування. У рамках елімінаційної стратегії, для досягнення 100% цілей ВООЗ, лікуванням ВГС мало бути охоплено у 2020 р. 25 тис. хворих, у 2021 р. – 45 тис. хворих, у 2022 р. – 60 тис. хворих (річні цілі). Лікуванням ВГВ має бути охоплено у 2020 р. 5 тис. осіб, у 2021 р. – 10 тис. пацієнтів на рік, у 2022 р. – 18 тис. осіб, у 2023 р. – 30 тис. осіб.

Першочерговим завданням, зважаючи на визначені цілі, є максимальне розширення доступу до лікування та збільшення кількості осіб, які можуть його отримати. Оскільки в Україні на національному та регіональних рівнях не затверджено цілі охоплення лікуванням у абсолютних значеннях, такі цілі автоматично дорівнюють кількості наявних лікарських засобів, закуплених відповідно до заявок регіонів.

Приєднання України до Глобальної стратегії елімінації ВГ є надзвичайно актуальним з огляду на те, що в абсолютних числах, відповідно до оціночних даних, в Україні ВГС інфіковано 1 342 418 осіб, ВГВ – 559 341 особа (2020 р.). Із ВГВ під медичним наглядом перебуває 18 433 особи, з них 4757 – із коінфекцією ВІЛ/ВГВ. Дані щодо кількості обстежених осіб на ВГ збирається відповідно до статистичної звітної форми «40-здоров», що затверджена наказом МОЗ України від 04.04.2001 № 132. У 2020 р. кількість обстежень на маркери ВГС становила 631 500 осіб, з них у 19 840 (3,1%) осіб виявлено антитіла до ВГС. Своєю чергою у 2020 р. на визначення HBsAg обстежено 1 013 873 особи та виявлено 12 140 (1,2%) HBsAg позитивних осіб. Дані статистики свідчать, що тестування здійснюється доволі високим охопленням, проте більшість осіб з маркерами ВГС

не проходять підтверджувальної діагностики та не потрапляють як до офіційної статистики, та і, ймовірно, до системи медичного спостереження (з 19 840 осіб, у яких виявлено маркери ВГС у 2020 р., підтверджено діагноз хронічного ВГС лише у 3474 особи). Щодо ВГВ ситуація аналогічна, з HBsAg виявлено 12 140 осіб, проте офіційно підтверджено діагноз 773 особам [Вірусні гепатити, 2020, 2021].

Відповідно до даних інтегрованого біоповедінкового дослідження, проведеного у 2020 р., показник позитивних виявлених випадків ВГС серед ЛВНІ сягає значення 69,7% зі 100% протестованих осіб, які брали участь у дослідженні [Звіт за результатами Інтегрованого біоповедінкового дослідження 2020 року, 2021]. Відповідно, якщо екстраполювати ці дані на оціночну чисельність ЛВНІ, яких налічується 317 тис., можемо припустити, що в Україні проживає 220 949 ЛВНІ з маркерами ВГС [Оцінка чисельності ключових груп в Україні, 2019]. Таке значне поширення підтверджених випадків ВГС серед ЛВНІ становить реальну загрозу масштабного поширення ВГС серед загального населення та збільшення кількості позитивних випадків. Аналіз статистичних даних вказує на разючу відмінність між кількістю осіб, у яких виявлено ВГС та які потребують лікування та заявленою потребою регіонів у препаратах для лікування ВГС.

Загалом у 2020 р. (станом на 01.01.2021) 8565 дорослих пацієнтів розпочали лікування від ВГС, а 7229 успішно його завершили [Вірусні гепатити, 2020, 2021]. Пандемія коронавірусної інфекції зумовила призупинення набору нових пацієнтів на лікування. Середні темпи на лікування у 2020 р. були – 714 осіб на рік, якщо в розрізі регіонів, то по 29 осіб у місяць на регіон. Стабільнішими залишилися темпи набору пацієнтів із ВГВ: усього протягом 2020 р. (станом на 01.01.2021) лікування від ВГВ почали 1483 дорослі пацієнти [Статистика з ВГС, 2021].

У рамках демонстраційного проекту з лікування вірусного гепатиту С серед представників уразливих груп, що впроваджується за підтримки EQUIP та Агентства США з міжнародного розвитку, фахівцями було підготовлено два аналітичні звіти про епідеміологічну характеристику та оцінку тягаря гепатитів В і С (за результатами аналізу даних із різних джерел). У звітах висвітлено питання щодо поширеності, лікування, профілактики та наслідків ВГ. Під час складання звіту було використано дані рутинної статистики із МОЗ

(Центру медичної статистики та Центру громадського здоров'я), дані біоповедінкових досліджень ключових груп, інформацію від структурних підрозділів із питань охорони здоров'я обласних / міських державних адміністрацій, проєктів міжнародної технічної підтримки, дані програмних звітів НУО, дані державної служби статистики та Національного канцер-реєстру. Окрім аналізу епідеміологічної ситуації і тягаря ВГ, надано рекомендації щодо заходів, необхідних для зменшення інтенсивності епідеміологічних процесів ВГВ і ВГС [Гепатит В в Україні..., 2018; Гепатит С в Україні..., 2018].

Серед ключових рекомендацій слід виділити такі:

- з метою зниження інтенсивності епідемічного процесу ГВ можливо і необхідно здійснювати заходи у трьох напрямках: виявлення джерел збудника інфекції, переривання механізму його передачі і формування необхідного імунного прошарку серед населення;
- з метою зниження інтенсивності епідемічного процесу ГС можливо і необхідно здійснювати заходи у напрямках виявлення джерел збудника інфекції та переривання механізму його передачі; через відсутність засобів специфічної профілактики HCV-інфекції формування необхідного імунного прошарку серед населення на даний час неможливо, отже, у цьому сенсі необхідно збільшувати ефективність неспецифічних профілактичних заходів усіх рівнів.

2.3. Наслідки епідемій ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та гепатитів для України

За прогнозами експертів поширення таких соціально небезпечних хвороб, як: ВІЛ/СНІД, туберкульоз і вірусні гепатити, загострить і без того несприятливу демографічну ситуацію в Україні: медичної допомоги потребуватиме все більша кількість людей працездатного віку, ті люди, які за відсутності епідемії були активними споживачами медичних послуг; зростуть видатки на діагностування цих захворювань, лікування та утримання хворих, на лікування опортуністичних хвороб для ВІЛ-позитивних, профілактику вертикальної трансмісії (передачу ВІЛ від матері до дитини); зростуть потреби в спеціа-

лізованому медичному персоналі, лабораторіях тестування крові, тест-системах, анонімних кабінетах обстеження, лікарнях і т. п.

У зв'язку зі збільшенням кількості дорослих і дітей, у яких виявлені соціально небезпечні хвороби, а також у зв'язку зі збільшенням кількості сиріт, зростає навантаження на соціальну сферу. Підтримка цих груп населення, соціальний супровід сімей, у складі яких є ВІЛ-позитивні члени, хворі на ТБ, або інфіковані вірусом гепатиту С, потребуватиме додаткових ресурсів, таких як: збільшення витрат на утримання сімей, що втратили годувальника. Люди, які могли б виступати як робоча сила, самі виявляються на утриманні передчасно, нічого не виробляють і потребують допомоги. З'являються сім'ї, які складаються виключно з непрацездатних людей. Зростають потреби населення в соціальних службах, службах психологічної допомоги та реабілітації.

Негативне ставлення суспільства до людей, що живуть з ВІЛ, або гепатитом С, а також до хворих на ТБ поширюється і на дітей. Деякі батьки відмовляються від ВІЛ-інфікованих дітей, а також від дітей, хворих на СНІД. У зв'язку з втратою батьків брати і сестри можуть розлучатися. Діти, які залишаються сиротами та напівсиротами, матимуть значно менше можливостей отримати батьківську увагу і турботу, а також виховання й освіти належного рівня, що може спричинити соціальну нерівність для дітей, які виростили в сім'ях, і дітей, батьки яких померли від СНІДу.

До глобальних наслідків епідемій можна віднести скорочення робочої сили в країні, перерозподіл робочої сили між секторами, втрати робочого часу (прямі і побічні), зниження продуктивності праці, обмеження працездатності частини робочої сили та зміна якості робочої сили, гальмування процесу відтворення і накопичення знань. Самі підприємства стають уразливими внаслідок інфікування (втрати) менеджерського персоналу і кваліфікованих фахівців, зростають витрати на пошук, рекрутування, підготовку і накопичення досвіду. Скорочується кількість працюючих на підприємствах. Може виникати напруженість на робочому місці у зв'язку з нетолерантним ставленням (стигма і дискримінація) до ВІЛ-позитивних співробітників.

Безпосередні наслідки епідемій ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та гепатиту С можуть бути такими: скорочення тривалості життя насе-

лення, зниження економічної активності, низька ефективність праці, приріст смертності і інвалідності, зміна структури економічно активного населення (залежно від найбільш уражених статевих і вікових груп), зниження народжуваності, зростання кількості дітей-сиріт, зниження податкових надходжень у бюджет, зростання витрат на соціальну сферу та охорону здоров'я.

Нова доповідь ООН з ВІЛ/СНІД (далі – ЮНЕЙДС) «У небезпеці» попереджає, що за останні два роки у зв'язку з пандемією Covid-19 та іншими глобальними кризами прогрес у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції значно сповільнився, обсяг ресурсів скоротився, внаслідок чого мільйони життів опинилися під загрозою епідемії ВІЛ-інфекції та інших соціально значущих хвороб [Fact sheet – Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic, 2022]. На початок 2022 р. у світі кількість людей, які живуть з ВІЛ (далі – ЛЖВ) сягнуло 38,4 млн, з них 75% отримували антиретровірусну терапію (далі – АРТ). Не знають свій ВІЛ-статус 5,9 млн ЛЖВ. А досягнення цілей Fast Track 95–95–95 на глобальному рівні становило 85–88–92 [UNAIDS Global AIDS Update, 2022].

Глобальна епідемія ВІЛ змінилася завдяки розширенню доступу до антиретровірусної терапії, знижуючи глобальний рівень смертності від ВІЛ до найнижчого рівня з часів 1994 р. Понад 1,5 млн людей інфікуються ВІЛ щороку, а глобальні цілі щодо зменшення цього числа відхиляються від плану. Доступ до послуг для дітей і підлітків відстає від прогресу, який було досягнуто, коли йдеться про дорослих. Ключові уразливі групи населення у контексті ВІЛ включають чоловіків, які мають секс з чоловіками, споживачів ін'єкційних наркотиків, секс працівників, трансгендерних людей та ув'язнених [Political Declaration on HIV and AIDS, 2021]. Ключові групи населення та їхні партнери становлять 65% людей, інфікованих ВІЛ у всьому світі, але ці групи населення стикаються з багатьма бар'єрами доступу до послуг, у тому числі юридичними і політичними бар'єрами, структурними та соціальними детермінантами здоров'я всередині та за межами сектору охорони здоров'я. Відповідь на вірусний гепатит отримала значний імпульс упродовж 2016–2021 рр. Проте фінансування зобов'язань щодо гепатиту залишається недостатнім для виконання усіх глобальних цілей. Глобальної цілі зни-

ження захворюваності на вірусний гепатит В до 2020 р. було досягнуто завдяки вакцинації немовлят і профілактиці. Кількість людей, що отримують лікування хронічної інфекції вірусного гепатиту С, зросла майже в 10 разів порівняно з 2015 р., зменшивши смертність від гепатиту С. Тим не менш, майже 80% людей з гепатитом В або С залишаються недиагностованими та не мають доступу до лікування. Гепатит В і С разом продовжують спричиняти 1,1 млн смертей на рік унаслідок хронічних захворювань печінки та раку. Своєчасний доступ до дози вакцини проти гепатиту В у багатьох країнах з низьким і середнім рівнем доходу залишається низьким.

Глобальні стратегії сектору охорони здоров'я щодо ВІЛ, вірусних гепатитів та інфекцій, що передаються статевим шляхом, на період 2022–2030 рр. [Global health sector strategies, 2022] спрямовують сектор охорони здоров'я на впровадження стратегічно орієнтованих заходів реагування для досягнення цілей припинення СНІДу, вірусних гепатитів В і С та інфекцій, що передаються статевим шляхом, до 2030 р.

Стратегії на 2022–2030 рр. рекомендують спільні та специфічні для конкретної країни дії, підтримані діями Всесвітньої організації охорони здоров'я та партнерів. Вони розглядають епідеміологічні, технологічні та контекстуальні зрушення останніх років сприяють навчанню в різних областях захворювань і створюють можливості для використання інновацій та нових знань для ефективних відповідей на ВІЛ та вірусний гепатит.

Стратегії вимагають точної зосередженості, щоб охопити людей, які найбільше постраждали та піддаються ризику кожного захворювання, яке вирішує проблему нерівності. Вони сприяють синергії в рамках універсального охоплення послугами охорони здоров'я та первинної медико-санітарної допомоги та сприяють досягненню цілей Порядку денного сталого розвитку до 2030 р.

Тому сімдесят п'ята Всесвітня асамблея охорони здоров'я запросила звіти про прогрес у реалізації стратегій у 2024, 2026, 2028 та 2031 рр., зазначивши, що звіт за 2026 р. надасть середньостроковий огляд на основі прогресу, досягнутого в реалізації цілей стратегій до 2025 р. [World Health Assembly, 2023].

Висновки

Унаслідок війни в Україні складно як адекватно оцінити реальний стан епідемічної ситуації, особливо на окупованих територіях, так і впливати на епідемію у цих регіонах.

З початком повномасштабної війни на території України у лютому 2022 р. постали проблеми щодо забезпечення епіднадзора, ускладнилася логістика надання послуг із профілактики, тестування, лікування, насамперед у південно-східних регіонах. Негативні наслідки, як і відновлення послуг населенню в контексті епідемій, будуть нерівномірними з огляду на оперативні зміни, пов'язані з активністю бойових дій, наслідками руйнації медичної інфраструктури, міграцією населення, моніторингом ВІЛ-позитивних ВПО тощо. А ризики економічного характеру, пов'язані з війною, ускладнюють процеси подолання епідемій ВІЛ, туберкульозу та гепатиту С.

Попри всі проблеми і наслідки російської збройної агресії, система епіднадзора України забезпечує виконання поставлених завдань, зокрема, у контексті протидії ВІЛ/СНІДу, ТБ та вірусним гепатитам В, С: оперативно розв'язує проблеми з забезпечення повноти і якості даних щодо профілактичних послуг, тестування населення, особливо на ВІЛ-інфекцію, реєстрації випадків ВІЛ/СНІДу (зокрема коінфекції ВІЛ/ТБ і ВІЛ/ВГ) тощо.

Великі епідемії з нерівномірним прогресом ВІЛ, вірусний гепатит та інфекції щорічно стають причиною 2,3 млн смертей і 1,2 млн випадків раку і, як і раніше, стають серйозним тягарем для громадської системи охорони здоров'я в усьому світі [сGlobal progress report on HIV, 2021]. Понад 1 млн людей щодня заражаються інфекціями, що передаються статевим шляхом, і щороку 4,5 млн людей заражаються ВІЛ, гепатитом В і гепатитом С. Незважаючи на успіхи в боротьбі з цими трьома захворюваннями, глобальні заходи реагування відстають від наміченого плану, і більшість загальносвітових цілей на 2020 р. у галузі охорони здоров'я досягнуто не було. Не всі переваги, що надаються наявними засобами і технологіями, реалізуються на практиці, багато груп населення залишаються поза увагою, а прискорити просування вперед не вдається через структурні, системні та фінансові перешкоди, які все ще лишаються. Пандемія Covid-19

ще більше ускладнила прогрес. Епідемії ВІЛ, вірусного гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом, і заходи у відповідь на ці епідемії перебувають на різних стадіях [Резолюція 75/284 Генеральної Асамблеї ООН, 2021].

Глобальна епідемія ВІЛ трансформувалася внаслідок широко-масштабного розширення антиретровірусної терапії, що призвело до зниження глобальної смертності від ВІЛ до найнижчого рівня, який було зафіксовано, з 1994 р. Проте з урахуванням того, що у 2020 р. від причин, пов'язаних із ВІЛ, померло 680 тис. людей, смертність, як і раніше, залишається неприйнятно високою, а прогрес у зниженні смертності сповільнюється. Крім того, понад 1,5 млн людей щорічно заражаються ВІЛ-інфекцією, і досягнення глобальних цілей щодо скорочення цієї кількості відстає від графіка. Доступ до послуг для дітей і підлітків відстає від прогресу, досягнутого для дорослих. Ключові групи населення у контексті ВІЛ включають чоловіків, які практикують секс із чоловіками, споживачів ін'єкційних наркотиків, секс-працівників, трансгендерних людей та осіб, які відбувають покарання. На ключові групи населення та їх партнерів припадає 65% людей, що заражаються ВІЛ у всьому світі, проте ці групи населення стикаються з багатьма перешкодами щодо доступу до послуг, включаючи правові та політичні бар'єри, структурні та соціальні детермінанти здоров'я в секторі охорони здоров'я та за його межами [Framework on integrated..., 2016].

Заходи у відповідь на вірусний гепатит отримали значний імпульс упродовж періоду здійснення відповідних заходів у 2016–2021 рр. Однак зобов'язання щодо фінансування, як і раніше, є недостатніми для досягнення глобальних цілей. Встановлений на 2020 р. цільовий показник щодо зниження зараження вірусом гепатиту В було досягнуто за підтримки вакцинації немовлят і профілактики. З 2015 р. кількість людей, які отримують лікування від хронічної інфекції, спричиненої вірусом гепатиту С, збільшилася майже в 10 разів, що призвело до зниження смертності, пов'язаної з гепатитом С. Проте майже 80% людей з вірусом гепатиту В або С діагноз не встановлено, і вони не отримують доступне їм в економічному плані лікування. Гепатит В і гепатит С разом, як і раніше, стають причиною 1,1 млн смертельних випадків на рік внаслідок хронічних захворювань печінки та раку. У багатьох країнах із низьким або середнім рівнем доходу своєчас-

ний доступ до вакцини проти гепатиту В при народженні залишається на низькому рівні.

Численні епідемії інфекцій, що передаються статевим шляхом, як і раніше, є причиною значного тягаря хвороб, а глобальні заходи у відповідь значно відстають через недостатню увагу до них, брак фінансування та через низьку підтримку у їх реалізації. За відсутності лікування інфекції, що передаються статевим шляхом, можуть призвести до довгострокових незворотних і потенційно смертельних наслідків. Проте будь-якого значного прогресу в боротьбі з цими інфекціями не спостерігається, і багато випадків інфікування залишаються недіагностованими та невилікуваними. Захворюваність на більшість інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, стабілізується, і глобальні цільові показники, встановлені на 2020 р., не були досягнуті.

Але ті успіхи, які були досягнені на сьогодні, продемонстрували, що міцне лідерство в поєднанні з інноваційними технологіями та практикою, фінансовими інвестиціями та участю громад, можуть сприяти зниженню передачі захворювань, покращити результати лікування та врятувати життя. Будь-яка втрата уваги до цієї проблеми впродовж наступних років поставить під загрозу досягнуті на цей час успіхи через ризик нового спалаху.

Потрібні стратегічні та новаторські зрушення для захисту прогресу, досягнутого на сьогодні, і для того, щоб наблизити світ до мети припинення епідемії СНІДу, вірусного гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом. Визнаючи спільні та відмінні риси між цими захворюваннями, глобальні стратегії сектору охорони здоров'я на 2022–2030 рр. забезпечують основу для стратегічного об'єднання загальних підходів і підходів до конкретних захворювань таким чином, щоб у центрі заходів у відповідь перебували люди. ВІЛ, вірусний гепатит та інфекції, що передаються статевим шляхом, характеризуються загальними способами передачі та загальними заходами медичного втручання. Вони також аналогічним чином формуються соціальними та структурними детермінантами здоров'я, так що громади, які пов'язані з поганими соціально-економічними умовами або дискримінацією, включаючи дискримінацію щодо ключових груп населення, більш вразливі до інфекцій і мають найгірші показники здоров'я. У стратегіях на 2022–2030 рр. підкреслюється, що різні групи населення мають унікальні потреби в галузі охорони здоров'я

та перебувають в унікальних обставинах. Відповідно у стратегіях заохочуються індивідуальні заходи у відповідь на ці епідемії, у межах яких визнається й активно враховується життєвий досвід людей, що перебувають в одній або декількох з цих груп. У стратегіях також чітко визнається, що тягар і розподіл ВІЛ, вірусного гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом, варіюються залежно від країни, і що заходи у відповідь потрібно адаптувати до різних епідеміологічних умов та умов систем охорони здоров'я.

Успіх вимагатиме постійної прихильності та гнучких підходів до боротьби зі змінною епідемією, активізації зусиль з первинної профілактики, диференційованого надання послуг для задоволення різноманітних потреб конкретних груп населення і умов та ефективної готовності до спалахів. Також потрібні постійні інвестиції в інноваційні технології, включаючи нові схеми лікування та можливості розробки вакцини та повного лікування. Наявність безпечних і ефективних вакцин проти гепатиту В та противірусних препаратів, які могли б запобігти передачі гепатиту В та забезпечити ефективне лікування від гепатиту С, забезпечує великий потенціал для припинення епідемії вірусного гепатиту до 2030 р. Деякі країни з високим тягарем вірусного гепатиту першими вжили заходів щодо боротьби з цими захворюваннями; однак у більшості країн зберігаються величезні прогалини у діагностиці та лікуванні гепатиту. Необхідне також значне розширення доступу до послуг з профілактики, діагностики та лікування в країнах з низьким або середнім рівнем доходу та загальний доступ до вакцини проти гепатиту В при народженні, для припинення випадків зараження у дітей. Для того, щоб цього досягти, знадобиться інтегрувати послуги боротьби з вірусним гепатитом у комплекси загального охоплення послугами охорони здоров'я, спростити та децентралізувати надання послуг, перегляд і реформування шкідливого законодавства та політики, які створюють бар'єри для науково обґрунтованих заходів і послуг та покращення координації з іншими областями охорони здоров'я. Припинення епідемій інфекцій, що передаються статевим шляхом, як загроз для громадського здоров'я до 2030 р. вимагатиме значного скорочення кількості нових випадків інфікування з опорою на зусилля щодо значного розширення первинної профілактики та розширення доступу до скринінгу на інфекції, що передаються статевим шляхом, підвищенню поінформованості про

вплив інфекцій, що передаються статевим шляхом, на стан здоров'я населення, а також щодо забезпечення адекватного фінансування.

За останні роки Україні також вдалося розширити програми профілактики та тестування, залучити більшу кількість людей до лікування, впливати на зниження рівня стигми стосовно ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на ТБ тощо.

Якщо ж не говорити про війну та ті негативні зміни, які вона принесла, окрім всього іншого, для успішності боротьби з епідеміями соціально небезпечних хвороб в Україні, для усунення існуючих пробілів необхідно скерувати основні зусилля на реалізацію заходів за такими напрямками:

- надання нового імпульсу первинній профілактиці;
- реалізація прав людини та гендерної рівності. Скасування дискримінаційних законів і політик є ключем до ефективної відповіді на епідемії;
- підтримка та ефективне фінансування заходів реагування під керівництвом громади. Залучення громади до надання комплексних послуг має вирішальне значення для зменшення кількості нових випадків інфікування. Це також сприятиме скороченню нерівності та більш ефективному і стійкому реагуванню на виклики епідемій;
- забезпечення достатнього та сталого фінансування. Сьогодні успіх програм з припинення епідемії, особливо, що стосується епідемії ВІЛ-інфекції, переважно залежить від безпрецедентно високого рівня міжнародної допомоги. Необхідно збільшення обсягу внутрішніх ресурсів та інвестицій міжнародних донорів;
- вирішення питання нерівності щодо доступу до профілактики, тестування та лікування для певних груп населення;
- зацікавлені сторони повинні користуватися більш якісними та деталізованими даними;
- одним із важливих компонентів стратегії подолання соціально небезпечних хвороб в Україні має бути налагоджена система послуг і соціальної підтримки, передусім для тих хворих, які отримують лікування в амбулаторних умовах, для груп, уразливих до цих хвороб, для забезпечення умов, що стимулюють своєчасне звернення для діагностики захворювання, а також дотримання режимів лікування;
- крім того, слід запровадити інтегрований підхід (надання комплексних медико-соціальних послуг на базі одного закладу, комплексне лікування ВІЛ, гепатитів, туберкульозу та наркоманії тощо).

Джерела

Александріна, Т. А., Єщенко, О. Г., Зеленська, М. В. та ін. (2013). Рівність у можливостях та рівність у правах у сфері попередження ВІЛ-інфекції та СНІДу. Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

Аналіз основних показників соціально небезпечних захворювань, що передаються статевим шляхом. (2020). Комар О. М., Підлісна І. В. Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. Т. 24, № 4, с.709–713.

Борьба с пандемиями и построение более здорового и справедливого мира Стратегия Глобального фонда (2023–2028 гг.) (2021). Отримано з: https://www.theglobalfund.org/media/11693/strategy_global_fund2023-2028_narrative_ru.pdf

ВІЛ-інфекція в Україні. (2020). *Інформаційний бюлетень* № 51. Київ. Отримано з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_51_2020.pdf

ВІЛ-інфекція в Україні. (2022). *Інформаційний бюлетень* № 53. Київ. Отримано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/monitoring-i-osinyuvannya>

Вірус імунодефіциту людини. Отримано з: <http://surl.li/mngmq>

Визначення скринінгових досліджень та процедур їх проведення наведено у Наказі Міністерства охорони здоров'я України № 794 від 05.04.2019 р. «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення». Отримано з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0319-11#Text>

Визначення терміна PrEP. (2022). Щодо проєктів ПрЕП в Україні. ГО «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ». Отримано з: <http://ga.net.ua/en/prep/>

ВІЛ-інфекція в Україні. *Інформаційний бюлетень* № 53. Київ, 2022. Отримано з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_53_2022.pdf

ВИЧ и СПИД. (2023). Отримано з: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Географічні зони Європейського регіону ВООЗ, які надали звіт в рамках моніторингу виконання Дублінської декларації про партнерство для боротьби з ВІЛ/СНІДом у Європі та Центральній Азії за 2020 рік (40 країн). Отримано з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_52_2021.pdf

Гепатит: люди, які входять до груп ризику. Отримано з: <https://phc.org.ua/news/gepatit-lyudi-yaki-vkhodyat-do-grup-riziku>

Гепатит В в Україні: епідеміологічна характеристика та оцінка тягара (за результатами аналізу даних з різних джерел). (2018). Отримано з: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/VGV-2018.pdf>

Гепатит С в Україні: епідеміологічна характеристика та оцінка тягара (за результатами аналізу даних з різних джерел) (2018). Отримано з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/FINAL_MSF_2020_22_Januar_small.pdf

Гойда, Н. Г., Єщенко, О. Г. (2016). Гендерні аспекти у державній політиці протидії ВІЛ-інфекції. СНІДу в Україні. *Український медичний часопис*, 4 (114), VII/VIII.

Дані Державної служби статистики України. (2022). Зміна обсягу валового внутрішнього продукту за 2022 рік. The change of Gross Domestic Product volume. Отримано з: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

Дані з сайту ЦГЗ: Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.04.2023. Отримано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>

Дані з сайту ЦГЗ. Отримано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/virusni-gepatiti/statistika-z-vg>

Дані Державної служби статистики України. (2022). Зміна обсягу валового внутрішнього продукту за 2022 рік. The change of Gross Domestic Product volume. Отримано з: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

Елімінація передачі ВІЛ від матері до дитини: поточний стан справ, пріоритетні завдання та стратегічні цілі на 2023 рік. Отримано з: <https://phc.org.ua/news/eliminaciya-peredachi-vil-vid-materi-do-ditini-potochniy-stand-sprav-prioritetni-zavdannya-ta>

Закон України «Про Державний бюджет України на 2023 рік» від 03.11.2022 р. № 2710-IX. Отримано з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2710-20#Text>

Звіт «Вірусні гепатити. 2020». (2021). Київ. Отримано з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/A4_zvit_gepatit1021_online_zamina.pdf

Звіт «Вплив туберкульозу на світову економіку». (2020). Підготовлений в жовтні 2017 р. компанією KPMG для Глобального комітету з питань подолання туберкульозу. Отримано з: http://tp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2020/22-2_2020/Zvit_22-2_2020.pdf

Звіт за результатами Інтегрованого біоповедінкового дослідження 2020 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом. (2021). І. Тітар, С. Сальніков, С. Огороднік, О. Нестерова., К. Попова, І. Андріанова, О. Шейко, С. Січкач. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Зупиніть туберкульозне партнерство – Stop TB Partnership. Отримано з: https://uk.wikijaa.ru/wiki/stop_tb_partnership

Інфляційний звіт. Січень 2023. Національний банк України. Отримано з: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/IR_2023-Q1.pdf?v=4

Інформаційний бюлетень до Всесвітнього та Всеукраїнського дня боротьби з туберкульозом – 24 березня 2017 р. (2017). *Актуальні питання лікування хворих на туберкульоз в період реформування охорони здоров'я та протитуберкульозної служби в Україні* / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич. Отримано з: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/news/daytub2017.pdf>

Мінекономіки: ВВП за підсумком 2022 року впав на 29,2%, (2023). Отримано з: <https://www.me.gov.ua/News/Detail?lang=uk-UA&id=b30e854d-b47d-4806-82ac-bb6daa87fa51&title=Minekonomiki>

Мельник, В. М. Туберкульоз: шляхи зараження і запобігання. Національний інститут фтизіатрії пульмонології ім. Ф. Г. Яновського. Отримано з: www.ifp.kiev.ua

Наказ «Про внесення змін до Розподілу лікарського засобу «ВІРДАК 60» для хворих на вірусні гепатити В і С для дітей та дорослих, закупленого за кошти Державного бюджету України на 2020 рік», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 січня 2022 року № 69. Отримано з: https://xn--h1adc2i.xn--j1amh/admin/upload/file/NPA%20and%20projects/37254-dn_952_03_06_2022.pdf

Наказ «Про внесення змін до Розподілу лікарського засобу «МАЙ-ГЕП 400 мг (Софосбувір, 400мг)» для лікування хворих на вірусний гепатит С, закупленого за кошти Державного бюджету України на 2019 рік», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 жовтня 2020 року № 2327. Отримано з: https://xn--h1adc2i.xn--j1amh/admin/upload/file/NPA%20and%20projects/37245-dn_926_01_06_2022.pdf

Наказ «Про затвердження клінічних протоколів» №182 від 13.04.2007 р. Отримано з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0182282-07#Text>

Наказ «Про затвердження Порядку надання послуг з догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ» № 1607 від 12.07.2019. Отримано з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0854-19#n14>

Наказ «Про затвердження Порядку організації виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції» №302 від 16.02.2022 р. Отримано з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0366-22#Text>

Національна відповідь програм протидії ВІЛ, ТБ, ВГ та ЗПТ на широкомасштабне вторгнення росії: Звіт центру громадського здоров'я, 2022. Отримано з: <https://phc.org.ua/news/nacionalna-vidpovid-program-protidii-vil-tb-vg-ta-zpt-na-shirokomasshtabne-vtorgnennya-rosii>

Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2021 року. Отримано з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna_otsinka_sytuatsyi_z_VIL_SNIDu_v_Ukraini_na_pochatok_2_021.pdf

Оновлені рекомендації з питань профілактики ВІЛ, діагностики немовлят, призначення та моніторингу антиретровірусного лікування: березень 2021 року. ISBN 978-92-4-002223-2 (електронна версія). Всесвітня організація охорони здоров'я 2021.

Острроверха, Ю. А., Дуб, Р. Ю. (2016). Протидія туберкульозу на рівні місцевих громад: метод. посібник. Львів.

Основи ВІЛ. Профілактика. PrEP (доконтактна профілактика). Отримано з: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html>

Оновлені рекомендації з питань профілактики ВІЛ, діагностики немовлят, призначення та моніторингу антиретровірусного лікування: березень 2021 року. ISBN 978-92-4-002223-2 (електронна версія). Всесвітня організація охорони здоров'я, 2021.

План дій по боротьбі з туберкульозом для Європейського регіону ВООЗ на 2016–2020 рр. Отримано з: https://www.slideshare.net/Ukraine_CDC/20162020-53003160

Про ВІЛ/СНІД. Отримано з: <https://phc.org.ua/dlya-pacientiv/pro-vil-snid>

Ратифіковано Законом України від 16.09.2014 № 1678 «Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони». Отримано з: Про ратифікацію Угоди про а... | від 16.09.2014 № 1678-VII (rada.gov.ua).

Реализация стратегии ликвидации туберкулеза: основные положения. ВООЗ. (2018). Отримано з: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311316/9789244509937-rus.pdf>

Розпорядження від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року». Отримано з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>

Сазонова, Я., Дученко, Г., Ковгун, О., Кузін, І. (2019). Оцінка чисельності ключових груп в Україні, МБФ «Альянс громадського здоров'я». Отримано з: https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/Otsinka-chiselnosti_32200.pdf

Спільна заява UNICEF, UNFPA, ВООЗ щодо атак на систему охорони здоров'я в Україні. Отримано з: <https://ukraine.unfpa.org/uk/14756?msclkid=ec46a6ccbc01eca92b6f19d44fafa6>

Статистика ВІЛ і ТБ в Україні: березень 2023 року. Отримано з: <https://phc.org.ua/news/statistika-vil-i-tb-v-ukraini-berezen-2023-roku>

Статистика з туберкульозу. Отримано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb>

Семигіна, Т., Вовкогон, О. (2010). Поширення соціально-небезпечних хвороб та їх профілактика. Отримано з: https://www.researchgate.net/publication/277126868_Posirenna_socialno_nebezpecnih_hvorob_ta_ih_profilaktika

Туберкульоз в Україні аналітично-статистичний довідник за 2020 р. (2021). Київ. Отримано з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2020_dovidnyk.pdf

Україна: швидка оцінка завданої шкоди та потреб на відновлення. (2022) / Світовий Банк, Уряд України, Європейська Комісія. Отримано з: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099545009082226957/pdf/P1788430ed0fce0050b9870be5ede7337c6.pdf>

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим Туберкульоз. Отримано з: Протокол ТБ у вірослих 620 от 04 09 14.pdf (phc.org.ua).

Цілі сталого розвитку. Отримано з: <http://surl.li/mkqmn>

Хламідійна лімфогранульома. Отримано з: <http://surl.li/mkqnc>

Чепурко, Г. (2022). Ризики поширення соціально небезпечних хвороб. Українське суспільство в умовах війни.: Колективна монографія С. Дембіцький, О. Злобіна, Н. Костенко та ін.; за ред. член.-кор. НАН України, д. філос. н. Є. Головахи, д. соц. н. С. Макеєва. Київ: Інститут соціології НАН України. Отримано з: <https://i-soc.com.ua/assets/files/monitoring/maket-vijna...2022dlya-tipografiivse.pdf>

Bray, F, Ferlay, J, Soerjomataram, I, Siegel, RL, Torre, LA, Jemal, A. (2020). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries

Disease Outbreak News (DONs). (2022). Retrieved from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/2022-DON364>

Ebola virus disease. (2023). Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease?gclid=Cj0KCQjwoeemBhCfARIsADR2QCu7nubGeNb6lybYR39oeBdYUvdjbNKYZzrMJbs89oeADHN297o0YtgaAgjOEALw_wcB

ECDC and the WHO Regional Office for Europe. Annual HIV/AIDS Surveillance Reports. Retrieved from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-zhiv-infection-and-aidssurveillance-and-disease-data/annual-hiv-aids-surveillance-reports>

Fact sheet – Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic. (2022). Retrieved from: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/UNAIDS_FactSheet

Fast-Track strategy to end the AIDS epidemic by 2030. (2021). UNAIDS. Retrieved from: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/World-AIDS-DayReport-2014>

Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. ISBN 978-92-4-005377-9 (electronic version).

Global health sector strategy on HIV 2016–2021 towards ending AIDs. June 2016. World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.05>

Global tuberculosis report 2022. ISBN 978-92-4-006172-9 (electronic version). World Health Organization 2022

Global tuberculosis report 2020. ISBN 978-92-4-001313-1 (electronic version). World Health Organization 2020.

Global tuberculosis report 2021. Retrieved from: https://www.uiphp.org.ua/media/k2/attachments/TB_WHO_2021-eng.pdf

Gonorrhoea (*Neisseria gonorrhoeae* infection). (2023). Retrieved from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-\(neisseria-gonorrhoeae-infection\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-(neisseria-gonorrhoeae-infection))

Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016–2021. June 2016. World Health organization. Retrieved from: <https://www.who.int/ru/publications/i/item/WHO-RHR-16.09>

Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021: accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact. Geneva: World Health Organization; 2021. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3414>

Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021 towards ending AIDs. June 2016. World Health Organization. Retrieved from: <file:///C:/Users/admin/Downloads/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf>

Hepatitis B. (2023). Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

Hepatitis C. (2023). Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

HIV Continuum of care. (2020). Retrieved from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-continuum-of-care-dublin-declaration-2021.pdf>

HIV. World Health Organization. Отримано з: https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1

In Danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Retrieved from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update>

James C, Harfouche M, Welton NJ, et al. (2020). Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ*; 98(5):315-329.

Multi-country monkeypox outbreak: situation update. (2022). Retrieved from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON396>

Meningitis. (2023). Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis>.

OCHA Ukraine, «Situation Report» (2022). Retrieved from: <https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-situation-report-17-aug-2022-enukr>

Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030 (2021). Retrieved from: <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/145/30/PDF/N2114530.pdf?OpenElement> accessed 20 April 2022

Reach the 3 million. Find. Treat. Cure TB. Retrieved from: <https://www.who.int/campaigns/tb-day/2014/tb-day-brochure.pdf?ua=1>

Tuberculosis. Отримано з: https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_

UNAIDS Global AIDS Update 2022. (2022). In danger. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Retrieved from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update_en.pdf

Unemo, M., Lahra, M. M., Escher, M., Eremin, S., Cole, M. J., Galarza, P., Ndowa, F., Martin, I., Dillon, J. R., Galas, M., Ramon-Pardo, P., Weinstock, H., Wi T. (2021). WHO global antimicrobial resistance surveillance (GASP/GLASS) for *Neisseria gonorrhoeae* 2017–2018: a retrospective observational study. *Lancet Microbe*; 2: e627–36.

World Bank, European Union, and United Nations-Ukraine, Ukraine Recovery and Peacebuilding Assessment: Analysis of Crisis Impacts and Needs in Eastern Ukraine, Vol. I: Synthesis Report, World Bank, 2015. Retrieved from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22089>

World Bank, «Sexual Orientation and Gender Identity in Contexts Affected by Fragility, Conflict, and Violence», 2020, Cedos – NGO Centre for Society Research, 2022, Retrieved from: <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/b5e5ef4e-c0a9-595b-a9a6-330ef2e0d0ef>

Word TB day. (2013). Retrieved from: https://web.archive.org/web/20121225051739/http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_tb_day/en/index.html

World Health Assembly. Retrieved from: <https://www.who.int/ru/about/governance/world-health-assembly>

Zika virus. (2022). Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>

Розділ 3

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИНАМІКИ ПОШИРЕННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ ІЗ СОЦІАЛЬНИМИ НЕРІВНОСТЯМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ СТРАТЕГІЯМИ ХВОРИХ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

У складних умовах російської збройної агресії для українського суспільства особливої актуальності набуває комплекс проблем, що пов'язані з соціальним здоров'ям людини, яке є стратегічно важливим ресурсом для України та передумовою для збереження людського капіталу держави. Соціально-політичні трансформації, які відбуваються в нашому суспільстві, в останні роки привели до певних змін моральних норм і цінностей. Українське суспільство зіткнулося з проблемою активного поширення ризикованої поведінки, яка стала повсякденним способом життя не тільки для молоді, а й для представників старших поколінь, що, своєю чергою, привело до зростання проституції та збільшення кількості споживачів і поширювачів наркотиків. Наслідком цього буде високий рівень інфікування соціально небезпечними хворобами, поширення яких активізувала російська збройна агресія та пов'язані з нею соціальні виклики – неконтрольоване переміщення великих мас населення; відсутність доступу до отримання медичних послуг і діагностики на окупованих територіях; тотальна бідність унаслідок втрати роботи і майна; залучення широких верств населення до споживання і поширення наркотичних засобів, як альтернатива медикаментозної боротьби зі стресом; розмитість і деформація соціальних норм щодо ставлення до статевих стосунків; низька якість медичного обслуговування в регіонах, які приймають внутрішньо переміщених осіб.

У соціології проблема поширення синдемії соціально небезпечних хвороб розглядається як одна з таких, що завдають максимальну шкоду суспільству, створюють додаткові ризики та ускладнюють збереження людського капіталу. Однак на сьогодні вона є слабо вивченою саме через її мультидисциплінарний характер.

Отже, мобільність і динамізм, що внаслідок війни стали атрибутами буття сучасного українського суспільства, включаючи світ повсякденної життєдіяльності людини безпосередньо стосуються базових цінностей особистості, радикально змінюючи її повсякденність – ту частину життєвого досвіду, яка формує основи індивідуальної медичної культури, ставлення людини до цінності здоров'я, де засвоюються стратегії поведінки щодо збереження та відновлення свого здоров'я та повага до здоров'я інших людей. Проблемою сучасної людини стає не наявність жорстких норм, зразків і звичаїв, які обмежують її свободу, а навпаки, відсутність таких внаслідок стирання соціальних меж, зумовленого воєнним часом.

Наслідки, пов'язані з синдемією соціально небезпечних хвороб в Україні, мають відображення у змінах соціальної структури та збільшенні соціальних нерівностей внаслідок значних демографічних втрат, особливо з огляду на те, що супроводжується вкрай несприятливою ситуацією охоплення збройним конфліктом значної території нашої держави, за умов коли певна частина Херсонської, Запорізької, Дніпропетровської, Донецької і Луганської областей перебувають в умовах окупації російськими загарбниками та позбавлені можливості отримувати належну медичну допомогу, діагностування та лікування будь-яких захворювань. До початку збройного конфлікту українське суспільство переживало процеси депопуляції, за умов якої урядом була обрана стратегія поліпшення стану здоров'я населення та збільшення середньої тривалості життя, яка повинна була зіграти роль компенсуючого чинника у протистоянні масовому зменшенню чисельності населення внаслідок низької народжуваності. Поряд з тим синдемія соціально небезпечних хвороб посилила негативні тенденції у відтворенні народонаселення, а війна ще більше їх загострила, що негативно вплине на якість наступних поколінь українців.

3.1. Теоретичні аспекти соціологічних досліджень проблем поширення соціально небезпечних хвороб і розвитку соціології здоров'я

Здоров'я населення є важливою складовою розвитку суспільства, стратегічним потенціалом для держави та одним з ключових чинників національної безпеки. Прийнято вважати, що з активним розвитком фармакології та медицини у ХХ ст. було завершено історичний період масового поширення гострих інфекційних захворювань. Однак поява у ХХІ ст. Covid-19 внесла корективи в розуміння значущості соціально небезпечних хвороб, актуалізувавши дослідження у галузі соціології здоров'я та повернувши увагу не тільки науковців, а й світової громадськості до необхідності розробки наукових програм організованого комплексного впливу на здоров'я населення з метою запобігання масового поширення епідемій.

Необхідно звернути увагу на те, що останні 20 років в Україні спостерігається негативна тенденція до збільшення зареєстрованих нових випадків захворювання на соціально небезпечні хвороби. За офіційними даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, на 1 жовтня 2022 р. у країні налічувалось 245 тис. ВІЛ-позитивних громадян, впродовж минулого 2022 р. було виявлено 11 871 новий випадок інфікування, що на 18% менше за попередній довоєнний рік (14 556 хворих на ВІЛ у 2021 р.), у той же час кількість тестувань загалом зменшилась на 26% (1,4 млн проб), що зумовлено веденням активних бойових дій і припиненням діяльності профільних медичних закладів на тимчасово непідконтрольних уряду територіях [Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції, 2022]. Щодо джерел інфікування, то впродовж останніх 15 років незмінною залишається динаміка збільшення інфікування ВІЛ/СНІД статевим шляхом, та зменшення – ін'єкційним (рис. 2).

Однак за тих самих обставин у аналогічний період на 2,5% збільшилась кількість уперше зареєстрованих захворювань на туберкульоз (далі ТБ) і його рецидивів, що на 1 жовтня 2022 р. становило 18 510 випадків (18 241 інфікований за аналогічний період 2021 р.) [Статистика з туберкульозу, 2022]. Водночас Україна продовжує



Рисунок 2. Основні шляхи інфікування ВІЛ в Україні серед дорослого населення за статистичними даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, %
[Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні, 2023]

утримувати статус країни з середнім рівнем поширення вірусних гепатитів, захворюваність на які коливається в діапазоні 2,2% (880 тис.) – гепатит В та 3% (1,2 млн людей) – гепатит С [Кількість смертей від вірусних гепатитів, 2022]. На жаль, статистична інформація щодо поширення вірусних гепатитів після початку російської агресії Центром громадського здоров'я МОЗ України не надається. Велика кількість залучених до епідемічного процесу громадян і низький рівень соціальної адаптації інфікованих, поглиблений складними умовами війни, потребують ґрунтовного наукового аналізу та створення на базі соціології здоров'я підґрунтя для розробки програм з протидії поширенню соціально небезпечних хвороб.

Високий рівень статистичних показників у сучасних складних умовах потребує консолідації зусиль держави і громадянського суспільства, зміни стереотипів у поведінці хворих і ставленні до них оточуючих з метою розробки програм щодо більш ефективної боротьби з поширенням ВІЛ, туберкульозу, гепатитів та інфекційних хвороб, які передаються переважно статевим шляхом. Проте, не розкривши наукової основи особливостей поведінкових стратегій

носіїв зазначених захворювань, не встановивши справжніх причин масового їх поширення, не можна розраховувати на кардинальний успіх у боротьбі з ними. Складність і різноманіття соціальних умов і ключових та опосередкованих чинників, що активно змінюються під час війни, вимагають детального вивчення особливостей життєвої активності людей з певним соціально небезпечним діагнозом. Дієвим кроком у цьому сенсі може стати вивчення соціальних нерівностей і стратегій носіїв соціально небезпечних хвороб.

Першим звернув увагу на соціальну значущість вивчення медичної активності в суспільстві та існування «особливого способу життя» під час хвороби американський соціолог Т. Парсонс. Його заслугою стало вивчення взаємовідносин між лікарем і пацієнтом у контексті особливої соціальної взаємодії, описаної в рамках теорії ролей. Науковець розглянув парадигму «непрацездатності» та «відхилення» в контексті необхідності обов'язкового соціального контролю за цими явищами, оскільки вважав, що відносини «лікар – пацієнт», окрім соціального, мають ще й економічне підґрунтя (можуть бути представлені як банальний обмін між виробником і споживачем). Виконання ролі хворого, на думку вченого, звільняє індивіда від «нормальних рольових відповідальностей», що може негативно вплинути на вибір ним моделі поведінки та змінити характер його соціальної взаємодії. Водночас центральною фігурою легітимації «ненормальності» (відхилення) хворого виступає лікар, який бере на себе відповідальність за медичний супровід і повернення суспільству його здорового члена. Отже, взаємодії на рівнях «лікар – пацієнт» і «хворий – суспільство» повинні бути регламентовані певними правами та обов'язками, визначеними межами медичної необхідності та соціальної безпеки, що дало підстави говорити Т. Парсонсу про систему охорони здоров'я, як соціальний інститут, який гарантує суспільству якісну боротьбу з хворобами, не поширення гострих інфекційних захворювань і запобігання спалахові епідемій [Parsons, 1951]. Такий підхід надав соціологам можливість не тільки всебічно проаналізувати роль соціальних умов та визначити коло чинників збільшення захворюваності в той чи інший період життя суспільства, а й наочно продемонстрував соціальну зумовленість підтримки здоров'я населення, дозволивши на міждисциплінарному рівні підійти впритул до вивчення медико-соціальних аспектів впливу на здоров'я населення способу

життя хворих, як сукупності найбільш характерних, типових видів соціальної взаємодії.

Незважаючи на, здавалося б, зрозуміле обґрунтування положення про соціальну зумовленість здоров'я та виникнення хвороб у певних соціальних групах тривалий час соціологія здоров'я не мала належного розвитку. Основні її дослідження, теоретизування та рекомендації здійснювалися лише з метою вивчення потреби суспільства у якісних трудових ресурсах. Нині соціологія доходить розуміння множинності інтерпретацій таких соціальних феноменів, як «хвороба» та «здоров'я», які науковці схильні розглядати як варіанти соціальної угоди (договору), що враховує не тільки соціальні очікування та рольові сценарії, а й несення відповідальності. Отже, на сьогодні у рамках соціології здоров'я оформилися такі ключові теорії щодо вивчення змісту поведінкових стратегій.

1. Теорія «факторів» С. Вінслоу, або теорія «нерозривного кола злиднів і хвороб»

Автором зазначеної теорії є видатний громадський діяч, член Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) – С. Вінслоу, який, використовуючи наукові погляди Т. Парсонса, обґрунтував існування «нерозривного кола злиднів і хвороб» (1958), описавши «передумови виникнення залежності між усіма факторами суспільної системи» [Winslow, 1958: p. 28]. В її основі лежить спроба довести взаємозв'язок стану здоров'я конкретного індивіда з безліччю різноманітних соціальних, економічних, біологічних, медичних та інших чинників життя в конкретному суспільстві та соціальному середовищі. Отже, бідність і злидні визначаються вченими як ключові чинники негативного впливу на здоров'я населення. На думку прихильників цієї теорії, злидні (відсутність фінансового благополуччя) є передумовою зростання захворюваності, паралельно з цим хвороба, сама по собі виступає чинником, який провокує збільшення економічних витрат, які, своєю чергою, можуть призвести до зубожіння, а отже, створюється нерозривне коло, повторення якого в певному соціальному середовищі може привести до негативних наслідків для суспільства в цілому, а от же, його потрібно розірвати за допомогою покращення здоров'я або усунення злиднів.

На перший погляд, ця теорія заслуговує на увагу, тим більше, що її автор не просто стверджує про першочерговий вплив соціально-економічних чинників на якість здоров'я суспільства в цілому, а й не заперечує твердження про множинність факторів, які визначають рівень захворюваності. Однак основним недоліком «теорії факторів» є ігнорування ролі особистості в боротьбі з хворобою, а також спростування важливості усвідомлення індивідом відповідальності перед суспільством за поширення хвороб, оскільки при аналізі факторів, що впливають на якість здоров'я недостатньо вказувати на очевидний вплив бідності. На нашу думку, потрібно враховувати не тільки передумови виникнення хвороби, а й заходи щодо запобігання її подальшому поширенню в соціальному середовищі, включаючи особисту відповідальність.

2. Теорія соціобіології Е. Вілсона

Теорія соціобіології виникла у 70-х роках ХХ ст., її засновником вважається автор монографії «Соціобіологія: новий синтез» американський ентомолог Ентоні Вілсон [Wilson, 1975]. Він перший зробив спробу дослідити вплив тваринного світу (зокрема ключових законів біології) на характер організації соціальних спільнот та їх поведінку, спосіб життя, здоров'я.

Оскільки спроби пояснити соціальні процеси та явища, у тому числі проблеми поширення небезпечних інфекційних хвороб, охорони здоров'я та медицини за допомогою біологічних концепцій робилися науковцями ще з початку ХХ ст., то Е. Вілсон взяв за основу своєї теорії науковий доробок англійського філософа-еволюціоніста Герберта Спенсера, який адаптував вчення Ч. Дарвіна. Так званий соціальний дарвінізм, певний час панував не тільки в демографії, медицині, антропології, а й у соціології, де науковці робили екстраполяцію з біологічної теорії виживання на соціальні процеси та явища. За аналогією з будовою та діяльністю тваринного організму він розподілив призначення та функції соціальних груп і верств у суспільстві. Таким чином, Г. Спенсером на основі біологічної концепції конкурентної боротьби було створено еволюційну теорію, відповідно до якої можуть вижити лише найбільш пристосовані та адаптивні члени суспільства. Отже, відтворення населення розгля-

далося на основі так званого закону про зворотню змінність між біологічними, генетичними процесами, спрямованими на розмноження та збереження виду (генеза), та пристосуванням – індивідуальною адаптацією у процесі боротьби за існування (індивідуалізація).

Виходячи з цього, Е. Вілсон спробував знайти залежність поведінки людини, спосіб життя та здоров'я від її біологічних характеристик, шляхом створення так званих біограм – визначення спроможності до пристосування в нових умовах [Wilson, 1975: p. 184]. На думку вченого, суто соціальні процеси адаптації до умов життя в сучасній цивілізації відбуваються при сприянні біологічних чинників, які формують базову основу для пристосування в середовищі та цивілізації. Отже, підвищення рівня захворюваності та збільшення масових епідемій інфекційних хвороб – ні що інше, як природний відбір, покликаний перевірити суспільство на адаптивність і спроможність протистояти новим викликам. Соціобіологія була покликана на міждисциплінарному рівні вивчати біологічні та соціальні чинники, синтез яких допоміг би пояснити поведінку людини під час хвороби, її психосоматичний статус у контексті сприйняття власного захворювання та прагнення відновити здоров'я. Подальшого розвитку в соціології здоров'я концепція еволюціонізму та соціобіологічна теорія не отримали.

3. Теорія стресу Г. Сельє

Першим звернув увагу на взаємозв'язок поведінки хворих з їх психологічним станом Ганс Сальє, який ввів до наукового обігу термін «стресор» – стресовий стан, описавши його у книзі «Життєвий стрес» [Selye, 1984]. Стан здоров'я, на думку науковця, зумовлений впливом різноманітних подразників – факторів навколишнього середовища та внутрішнього світу людини, які здебільшого справляють стресовий вплив. Стресори викликають функціональну напруженість усіх систем організму, що в нормальних умовах життя при соціальному благополуччі забезпечує підтримку здоров'я (прагнення відновити його або підтримувати в певному стані), а змінений під впливом соціальних несприятливих умов (бідність, асоціальність, девіація), стрес викликає патологічні реакції та провокує проходження людиною певних стадій – тривоги, спротиву або адаптації та

виснаження [Selye, 1984: 237]. Отже, на думку Г. Сальє, лікування певних видів соціально небезпечних хвороб є завданням не лише для офіційної медицини, а й передбачає залучення зусиль усього суспільства, передусім для усунення негативних чинників, які спровокували стрес. Провівши порівняльний аналіз систем охорони здоров'я розвинених країн, науковець дійшов висновку про те, що зазвичай масові епідемії швидше долаються в суспільствах з високим рівнем стресостійкості громадян, у незалежності від рівня розвитку медицини.

Отже, було обґрунтовано необхідність існування такої галузі, як соціологія здоров'я та доведено необхідність подальших міждисциплінарних досліджень у зазначеному напрямі.

4. Теорія «хвороб цивілізації» Ч. Розенберга

Американський науковець Чарльз Розенберг з іншого боку підійшов до вивчення проблеми зростання рівня захворюваності у світі на початку ХХІ ст. Він звернув увагу на руйнівні наслідки впливу досягнень цивілізації на здоров'я сучасної людини, оскільки вважав, що нові технології суттєво випереджають формування механізмів пристосування: «Еволюція біологічних механізмів йде занадто повільно, щоб встигати за прискореними темпами технічного прогресу та соціальними змінами, що відбуваються у світі» [Rosenberg, 1998: р. 721]. Здатність людини адаптуватися до різних умов життя, зокрема екстремальних, на його думку, виявилася не безмежною, цивілізації вдалося не тільки покращити якість життя, а й зруйнувати механізми соціальної адаптації, докорінно змінивши процеси соціалізації. Саме тому Ч. Розенберг вважав за доцільне ввести до наукового обігу термін «хвороби цивілізації» [Rosenberg, 1998: р. 722].

Отже, несподівано набула подальшого розвитку запропонована Елвіном Тоффлером ще у 80-х роках ХХ ст. концепція життя суспільства в умовах «інформаційної цивілізації», яка була розкрита у книзі «Третя хвиля» [Toffler, 1980]. Засновник футурології порівнював сучасну цивілізацію зі швидкісним експресом, що з шаленою швидкістю летить до прірви, під якою в соціальному сенсі він розумів загальну деградацію людства, що відбувається завдяки «шоку від зіткнення з майбутнім», провокуючи загальну соціальну деза-

даптацію, з характерними ознаками у вигляді виникнення масових хвороб, деградації та відхилень [Toffler, 1980: р. 140]. Тож питання якості здоров'я суспільства напряду залежить від негативних впливів «соціального прискорення», спровокованого розвитком «експрес цивілізації». Звернувши увагу на взаємозалежність виникнення масових епідемій від інтенсивності розвитку суспільства, Ч. Розенберг спробував визначити «хвороби цивілізацій» як неминучий результат їх розвитку, покликаний консолідувати суспільство, зробивши його більш відповідальним.

5. Теорія соціальної дезадаптації А. Хоннета

На початку XXI ст. у статті Акселя Хоннета «Хвороби суспільства» було зроблено спробу проаналізувати негативну роль інтенсивного технологічного розвитку світу (так званої технотронної цивілізації) у погіршенні якості здоров'я суспільства, оскільки саме нові технології, на думку вченого, провокують стресові ситуації, масову невротизацію, виснаження та інтелектуальну деградацію, наслідком яких є соціальна дезадаптація найбільш вразливих індивідів [Honneth, 2014: р. 685]. Тим самим теорія «хвороб цивілізації» була дещо трансформована та переросла у більш аргументовану концепцію.

На думку А. Хоннета, сучасна цивілізація інтенсивно створює технології, застосування яких «виринає» людину зі звичних їй умов життя та змушує опановувати інновації, пристосовуючись до них шляхом різкої зміни самого способу життя, до якого вона не встигає звикнути за короткий проміжок часу, оскільки повинна переходити вже до наступного, поспішаючи встигнути за розвитком цивілізації. Таким чином виникає дисгармонія ритмів природного життя людини та ритмів життя у цивілізованому суспільстві, що можна вважати механізмом створення масової соціальної дезадаптації, результатом якої є зростання рівня захворюваності, інтенсифікація поширення інфекційних хвороб та виникнення масових епідемій.

Бурхливий розвиток сучасної цивілізації з її негативними явищами – урбанізацією, індустріалізацією, технологізацією, інформатизацією, забрудненням навколишнього середовища, психоемоційною напругою – поглиблює процеси соціальної дезадаптації, що створює передумови до масового її поширення та провокує людину не стежи-

ти або надмірно стежити за власним здоров'ям, пристосовуватись до отриманих захворювань, сприймаючи їх як норму та спростовуючи особисту відповідальність за їх поширення, обґрунтовуючи це тим самим надмірним розвитком технологій, які, врешті-решт, «врятують життя усієї цивілізації».

Автор теорії «соціальної дезадаптації» говорить про своєрідну «соціальну деградацію», носіїв соціально небезпечних хвороб, котрі не можуть протистояти деструктивним процесам, які переживають під тиском цивілізації, тож завдання щодо покращення їх здоров'я повинно стояти не тільки перед медициною, а й перед суспільством.

Отже, у рамках зазначеної теорії об'єктом соціології здоров'я стає різноманіття видів соціальної взаємодії хворої людини з соціальними групами та суспільством в цілому, що забезпечує підтримку та створює умови для відтворення / підтримки здоров'я. Для соціологів великого значення набуває дослідження чинників, що негативно впливають на вибір поведінкових стратегій хворих, створюючи проблеми для збереження здоров'я людини, групи та суспільства в цілому, при цьому соціально-економічним факторам відводиться вирішальна роль. Тож, на нашу думку, для розкриття змісту поведінкових стратегій носіїв соціально небезпечних хвороб необхідно висвітлити такі складові, як:

1) потреби (у здоров'ї та підтримці на належному рівні існуючого стану);

2) установки (самооцінка здоров'я, розуміння цінності власного здоров'я, соціальне сприйняття хвороби);

3) мотиви, що спонукають носія соціально небезпечної хвороби до тих чи інших дій;

4) дії (стратегії), спрямовані на медичну активність / пасивність, підтримку здоров'я.

Отже, епідемічний процес відбувається безперервно у часі та просторі. При цьому біологічні фактори (взаємодія гено- та фенотипно неоднорідних за своїми ознаками популяцій паразита та господаря) формують причини розвитку епідемічного процесу, а соціальні та природні фактори – регулюють умови розвитку епідемічного процесу. Епідемічний процес існує лише за одночасної наявності причин та умов.

3.2. Соціальні нерівності та війна як ключові фактори поширення соціально небезпечних хвороб в українському суспільстві

Здоров'я є основною цінністю – як загальнолюдською, так і індивідуальною, а також найважливішим чинником національної безпеки та економічної стабільності держави. У сучасному світі за умов виникнення масових епідемій інфекційних хвороб та так званих хвороб цивілізації все більшу роль починають відігравати дослідження поведінкових факторів у детермінації захворюваності та смертності населення, які напряду пов'язані зі ставленням людини до власного здоров'я, усвідомленням нею соціальної відповідальності перед суспільством за поширення соціально небезпечних хвороб, що актуалізує вивчення індивідуальних аспектів соціальної взаємодії хворих та їх поведінкових стратегій.

За даними офіційної статистики, рівень захворюваності на соціально небезпечні хвороби в Україні за останні роки суттєво зменшився (рис. 3). Офіційні дані Міністерства охорони здоров'я України за останні 22 роки свідчать про зниження рівня захворюваності на ВІЛ/СНІД, ТБ і гепатити, що зумовлено створенням мережі профільних державних медичних установ, в яких хворі мають можливість отримувати безплатне лікування. Дані експертного опитування, проведеного співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України в червні-серпні 2022 р., також підтверджують цю тенденцію.

Загальне задоволення рівнем надання послуг, пов'язаних з лікуванням таких соціально небезпечних хвороб, як ВІЛ, ТБ, вірусні гепатити та ІПСШ, перевищує 60%, що свідчить про ефективність державної політики. Найвищий рівень якості демонструють заклади, що спеціалізуються на лікуванні ВІЛ-позитивних громадян – 72% і хворих на туберкульоз – 54% відповідей «добре» та «дуже добре». Найгірші показники спостерігаються у медичних установах за профілем лікування ІНПШ, оскільки 36% експертів висловили своє незадоволення, визначивши якість їх роботи як «дуже погано», «погано». Отримані результати актуалізують питання нерівності у сфері охорони здоров'я, насамперед щодо доступності та якості медично-

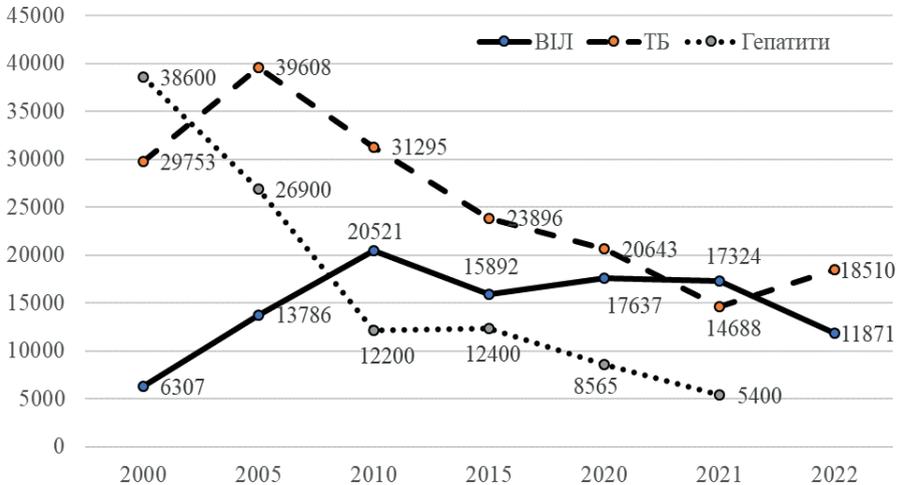


Рисунок 3. Динаміка захворюваності на соціально небезпечні хвороби за даними Міністерства охорони здоров'я України в період з 2000 по 2021 р. (кількість хворих з діагнозом, що встановлений уперше в житті). Інформація за 2022 р. наведена лише щодо ВІЛ/СНІД і ТБ [Статистичний щорічник України: 2021: сс. 131–134]

го обслуговування різних категорій хворих на соціально небезпечні хвороби. Спостерігається поляризація ставлення до пацієнтів за діагнозом – так пріоритетним є лікування ВІЛ і ТБ, які отримують більш якісну допомогу, тоді як носії вірусних гепатитів та ПСШ вважають своє лікування «посереднім» (50% і 34% відповідно) (рис. 4).

Аналіз вікових особливостей епідемії соціально небезпечних хвороб за останні десять років показав помірне збільшення кількості інфікованих молодих людей і підлітків за одночасного зниження частки осіб зрілого віку (46–60 років). Порівняльне дослідження соціального складу хворих, проведене Центром громадського здоров'я МОЗ України, виявило збільшення в загальній структурі хворих кількості працюючих і, як правило, з середньою або професійною освітою за одночасного зменшення відносної кількості осіб з вищою освітою.

Виявлені зміни засвідчують, на нашу думку, принципово важливий момент розвитку синдрому в країні та демонструють залучення в

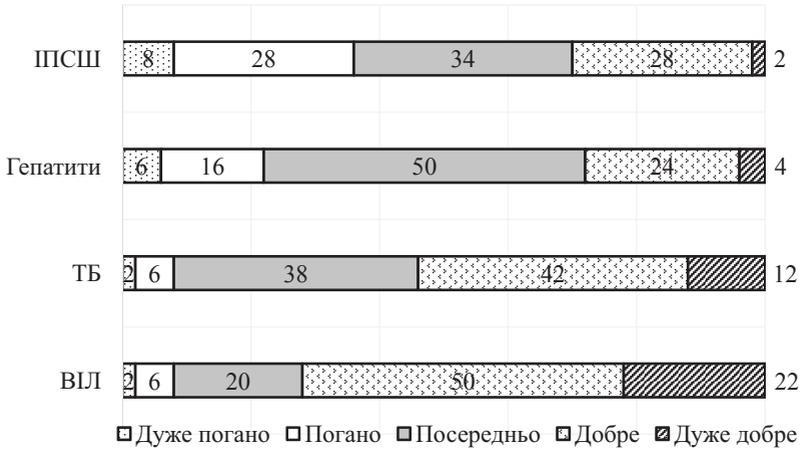


Рисунок 4. Оцінка експертами ситуації у сфері надання послуг, пов'язаних з ВІЛ, ТБ, гепатитами, ПСПШ, станом на початок 2022 р., %

епідемічний процес одразу декількох соціальних груп, що приходять на зміну домінуючому в 90-х роках ХХ ст. контингенту традиційних груп ризику (представники секс-індустрії, споживачі ін'єкційних наркотиків). Формування великого пулу інфікованих у середовищі наркоманів, комерційних секс-працівниць, осіб, які мають ризиковані статеві зв'язки, тощо стало призводити до подальшого поширення інфекції. Об'єктивні закономірності інфекційного процесу, спровоковані подіями воєнного часу в країні, означають, на нашу думку, перехід синдемії в якісно нову фазу – генералізовану, основним проявом якої стане участь у ній великих груп населення, що істотно ускладнить організацію як епідеміологічного контролю, так і всієї системи обслуговування хворих.

У зв'язку з цим необхідно враховувати те, що переважній більшості хворих на соціально небезпечні хвороби зовсім недоступні такі медичні послуги, як консультації вузькопрофільних фахівців, платні операції, спеціалізовані обстеження та профільна стоматологія, оскільки вони є високовартісними. Без сумніву, рівень життя відіграє важливу роль у підтримці здоров'я пацієнтів з певним діагнозом, хоча дія цього чинника радше не пряма, а опосередкована. Однак

високі статки не є автоматично запорукою ведення здорового способу життя та кращого здоров'я, хоча вони й дають змогу забезпечити можливість отримання певного комплексу матеріальних благ, що сприяють збереженню та зміцненню біологічного потенціалу людини, шляхом збільшення можливостей доступу до платних медичних послуг і новітніх досягнень фармакології. Низькі прибутки не дають можливості носіям соціально небезпечних хвороб забезпечити себе та свою сім'ю якісним харчуванням, ліками, спеціалізованими медичними послугами. До того ж, постійна необхідність витратити кошти на підтримуючу терапію може призвести їх до життя у злиднях, а з часом бідність набуває застійного характеру і веде вже до більш серйозних соціальних наслідків. Постійне фінансове навантаження автоматично провокує виникнення конфліктних і стресових ситуацій у сім'ях хворих, що сприяє розвитку «стресорів» і запускає механізми соціальної дезадаптації. Це підтверджують результати нашого експертного опитування (рис. 5), за якими 62% хворих на вірусні гепатити та 52% хворих на ІПСШ несуть «високі витрати на лікування за свій рахунок». Окрім того, вони ж мають труднощі з діагностуванням – 52% хворих на вірусні гепатити та 36% хворих на ІПСШ, що потребує додаткових витрат та є істотним економічним навантаженням.

Виходячи з того, що для носіїв соціально небезпечних хвороб діагноз автоматично є підтвердженням отримання особливого соціального статусу, який передбачає не тільки чітке дотримання жорстких медичних правил, а й визначає деякі соціальні обмеження, регламентуючи сценарії соціальної взаємодії, а функції соціального контролю державою покладені лише на профільні лікувальні заклади, в яких існує певний дефіцит профільного медичного персоналу – неуккомплектованість лікарень становить: 12% вірусні гепатити, 20% ВІЛ, 22% ІПСШ, 32% ТБ (рис. 5), то виникають високі ризики порушення хворими встановлених правил і недотримання обмежень. За результатами опитування, на думку експертів, 66% хворих на ІПСШ, 58% ВІЛ- інфікованих, 48% носіїв ТБ і 28% з діагнозом вірусних гепатитів недостатньо дотримуються режиму лікування (рис. 5).

Якщо узагальнити відповіді фахівців, то виявляється, що 50% носіїв соціально небезпечних хвороб тією чи іншою мірою ведуть ризикований спосіб життя, наражаючи на небезпеку оточуюче їх

середовище та порушуючи процедури лікування. Найбільш відповідальними в цьому сенсі виявляються хворі на вірусні гепатити, показник «порушників» серед яких не перевищує однієї третини. Виходячи з того, що роль хворого проявляється крізь призму таких характеристик, як позбавлення можливості ведення традиційного способу життя, наявність конкретних соціальних обов'язків та обмежень щодо непоширення хвороби та впорядкованість життя в контексті регулярного прийому препаратів підтримуючої терапії, то неминучою є трансформація самого способу життя, важливим елементом якого слід вважати гігієнічну поведінку, котра складається з відповідального ставлення до свого здоров'я та здоров'я близького оточення й інших людей. При цьому необхідно зауважити, що нестачі в ліках для підтримуючої терапії не відчуває жодна з вразливих категорій носіїв соціально небезпечних хвороб – 8% хворих на ППСШ, 10% носіїв ТБ, 16% ВІЛ-інфікованих і 24% з діагнозом вірусних гепатитів (рис. 5).

Ще один аспект нерівності у сфері здоров'я можна позначити як територіально-просторове розташування центрів надання профільної допомоги хворим на соціально небезпечні хвороби. Географічна доступність медичних закладів не передбачає розподілу навантаження, оскільки основна їх маса зосереджена в обласних центрах і великих містах, тоді як на селі та в поселеннях міського типу існує виключно акушерський супровід. Отже, оснащеність медичних установ, їх укомплектованість та якість кадрових ресурсів не є однорідною, у різних регіонах так чи інакше існують нерівності у сфері охорони здоров'я.

Результати експертного опитування підтверджують це, констатуючи, що для 20% носіїв ВІЛ, ТБ і вірусних гепатитів існують певні транспортні труднощі, які перешкоджають регулярному відвідуванню профільних медичних закладів. Найбільш несприятлива ситуація складається з доступністю лікарняних установ для хворих на ППСШ, 36% яких мають транспортні проблеми через складність географічного розташування медзакладів (рис. 5).

Отже, результати проведеного експертного опитування підтверджують наявність нерівного доступу до отримання послуг з підтримуючої терапії навіть на рівні організації мережі профільних установ державної системи охорони здоров'я, що дає змогу зробити припу-

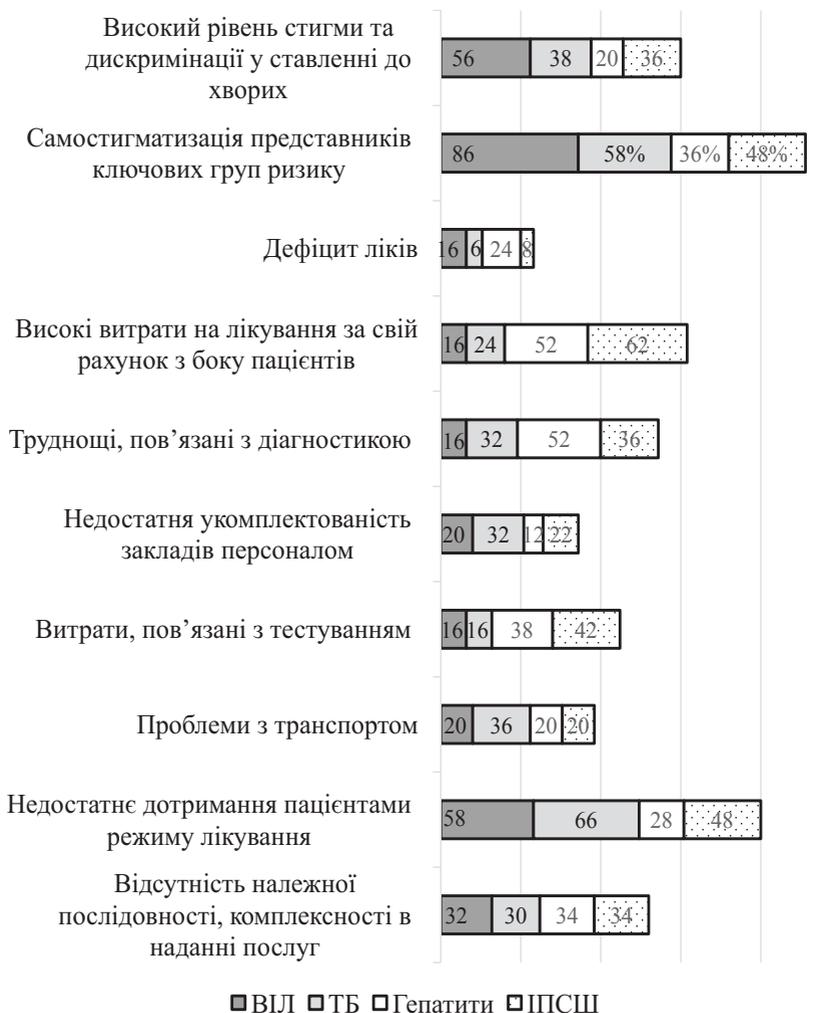


Рисунок 5. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Назвіть основні перешкоди у сфері надання послуг, пов'язаних з ВІЛ, ТБ, гепатитами, ІПСШ до війни», %

щення про наявність у суспільстві такого рівня соціальної нервності, як стигматизація.

Хворі на соціально небезпечні хвороби страждають не стільки від дезадаптації та стресу, пов'язаних з фактом специфічного життя

з хворобою, скільки від стигматизації, яку можна поділити на дві складові – зовнішню (дискримінацію) та внутрішню (самостигматизацію). Перша формується під впливом негативного ставлення до хворих з боку суспільства, а друга – виникає внаслідок радикальної зміни способу життя.

Стигма є основною причиною дискримінації в суспільстві осіб, що живуть з діагнозом носія соціально небезпечної хвороби, оскільки спричиняє не тільки факти порушення прав людини, а й обмежує її свободи. Отже, знання про свій діагноз кардинально змінює людину, особливо гостро це відчувають молоді люди, більшість яких не готові будувати власну стратегію життя з такою важкою хворобою, що ускладнюється негативним ставленням як суспільства, так і близького оточення. Проаналізувавши не тільки український, а й міжнародний досвід досліджень проблеми соціалізації носіїв соціально небезпечних хвороб, можна виділити як мінімум два основні шляхи розвитку особистості в рамках існуючого діагнозу.

Перший шлях – відчуження від суспільства та відсторонення від соціального життя, що веде до глибоких депресій та суїцидальних нахилів.

Другий шлях – усвідомлення хвороби як невід’ємної частини життя, коли людина починає значно серйозніше ставитися до себе, своїх близьких, максимально використовувати всі свої можливості.

Під впливом стигматизації, яка провокує перебування в постійному стресі, носії соціально небезпечних хвороб переживають соціальну дезадаптацію, яка виступає в ролі пускового механізму формування таких поведінкових стратегій, як самоізоляція, самообмеження, відмова від самозбереження. Соціальна дезадаптація характеризується переважанням у хворих конформних установок, слабким рівнем самоконтролю та відповідальності перед суспільством і високою напруженістю (стресом), схильністю переносити відповідальність за відхилення в соціальній взаємодії на найближче оточення.

У стигматизації таких хворих можна виокремити три рівні:

– суспільство ідентифікує соціально небезпечні хвороби як такі, що характерні для людей з девіантною поведінкою, які заслуговують на таке випробування як розплату за порушення норм і моральних цінностей суспільства;

– поширення фобій, пов'язаних з поширенням соціально небезпечних хвороб, спричинене й низьким рівнем елементарних знань біології та медицини у пересічних громадян, породжує міфи про інфікування шляхами, не притаманними цим хворобам, однак характерними для ОРВІ чи Covid-19, тому поширеним є стереотип, що таких хворих негайно треба ізолювати від суспільства;

– страх осіб, інфікованих соціально небезпечними хворобами, перед відчуженням з боку суспільства та близького оточення, зумовлений відверто негативним ставленням медичних працівників, призводить до внутрішньої особистої самостигматизації, що веде до приховування хвороби взагалі від усіх.

Цікавим є той факт, що за результатами експертного опитування рівень самостигматизації значно вищий, ніж дискримінації, однак і пропорційний їй. Серед усіх категорій хворих без винятку найвищі показники демонструють ВІЛ-інфіковані – 86% самостигматизації проти 56% фактів дискримінації та ТБ – 58% самостигматизації проти 38% фактів дискримінації (рис. 6).

Виникнення глобальної епідемії Covid-19 загострило проблеми стигматизації хворих на соціально небезпечні хвороби, зокрема, збільшило стресові впливи та підвищило рівень соціальної напруженості в результаті чого процес стигматизації набув особливого розмаху та нових форм. В умовах виникнення світової пандемії стигма стає «тавром» не тільки для хворого, а й для всіх, хто має хоч якесь відношення до нього: близьке оточення, лікарі, середній медичний персонал, колеги на роботі, контактні особи тощо.

Отже, можна констатувати, що соціальні нерівності збільшують ризики дезадаптації у хворих, стимулюючи соціальні відхилення (ігнорування підтримуючої терапії, недотримання режиму лікування, порушення правил соціальних обмежень, конформізм), провокуючи дискримінацію та самостигматизацію.

Російська агресія радикально змінила життя всіх українців, негативно вплинувши на державну політику з запобігання поширенню соціально небезпечних хвороб. Станом на 1 лютого 2023 р. від початку повномасштабної російської агресії в Україні повністю зруйновано 173 медичні установи, 540 – зазнали масштабних ушкоджень і потребують відбудови, 1218 закладів охорони здоров'я пошкоджені [Ляшко, 2023]. За приблизними підрахунками, 129 тис. ВІЛ-інфіко-

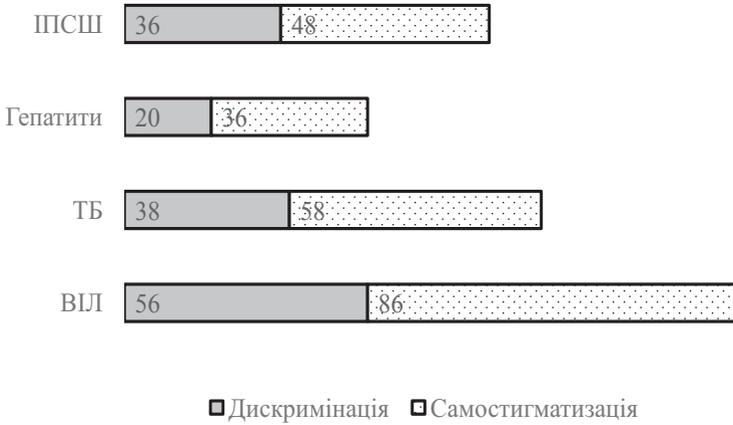


Рисунок 6. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Назвіть основні перешкоди у сфері надання послуг, пов'язаних з ВІЛ, ТБ, гепатитами, ППСШ до війни», залежно від фактів стигматизації, %

ваних унаслідок бойових дій залишились без антиретровірусної підтримувальної терапії [Рівера, 2022].

Паралельно з цим на окупованих і деокупованих територіях і в регіонах, що межують з лінією фронту припинили свою роботу профільні медичні заклади, які здійснювали тестування з виявлення первинних захворювань на соціально небезпечні хвороби. Окрім того, в областях, які приймають внутрішньо переміщених осіб, мережа установ охорони здоров'я, яка в результаті проведеного у 2020 р. другого етапу медичної реформи була переведена на фінансування за рахунок коштів місцевих бюджетів, не може надавати безкоштовну підтримуючу терапію переселенцям – носіям соціально небезпечних хвороб, які звертаються за допомогою. На думку опитаних нами експертів, війна радикально вплинула на епідемічну ситуацію на рівні 70% на захворюваність туберкульозом, 66% – вірусними гепатитами, 64% – ППСШ і 50% – ВІЛ (рис. 7).

Однак залишається великою й частка експертів, які вважають, що впливу російської агресії на поширення соціально небезпечних хвороб немає або він мінімальний – 20%. На нашу думку, така думка є помилковою. За даними міжнародної громадської організації «Альянс громадського здоров'я», станом на 10.06.2022 р. у 5 облас-

тях України (Донецька, Миколаївська, Чернігівська, Харківська, Херсонська) надання медичних послуг людям, які живуть з соціально небезпечними хворобами, зменшилося у 2,2 раза, здебільшого за рахунок припинення курсів терапевтичного лікування, лише 60% хворим вдалося евакуюватися з окупованих територій. Гострий дефіцит препаратів прямої противірусної дії зафіксовано у Житомирській, Львівській, Хмельницькій, Київській, Херсонській, Донецькій та Чернігівській областях [Ситуаційний звіт, 2022: сс. 1–7].



Рисунок 7. Оцінка респондентами міри впливу війни на поширення соціально небезпечних хвороб, %

Війна змінила й сам характер звернень пацієнтів, багато з яких були змушені перервати курси лікування через відсутність препаратів, а тому гостро потребували дообстеження та коректного коригування терапевтичних протоколів, що створило додаткове навантаження на профільні медичні установи, зокрема в Дніпропетровській області воно зросло в 3,6 раза, в Одеській області – в 2,8 раза.

Погіршення якості медичних послуг у сфері лікування соціально небезпечних хвороб, безумовно, вплинуло на динаміку їх поширення в Україні. На думку опитаних нами експертів, 74 впевнені в поширенні вірусних гепатитів, 62% – ІПСШ, 48% – ТБ і ВІЛ. Однак 44% фахівців вважають, що інфікування туберкульозом залишилося на

довоєнному рівні, а 40% респондентів стверджують, що поширення ВІЛ не зазнало змін під впливом війни (рис. 8). Така впевненість є хибною, оскільки офіційна статистика Міністерства охорони здоров'я України наочно демонструє зворотні процеси, фіксуючи збільшення випадків захворювання на соціально небезпечні хвороби.

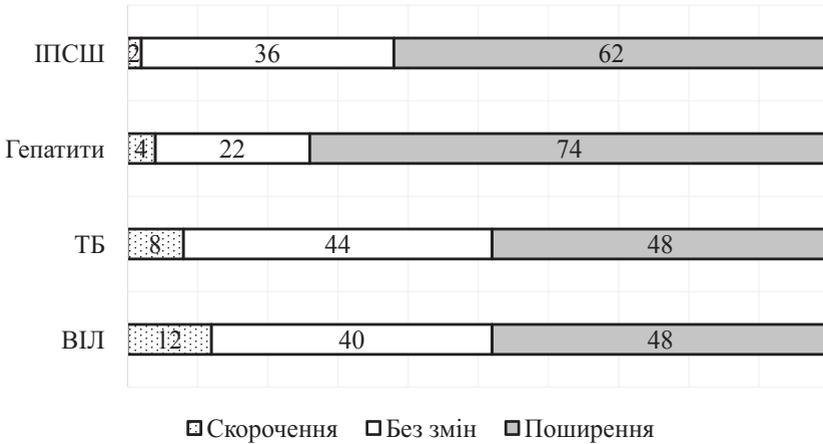


Рисунок 8. Оцінка респондентами ключових тенденцій щодо масштабів поширення соціально небезпечних хвороб, які у 2022 р. спостерігалися в Україні, %

Статистичні дані Європейського центру моніторингу наркотиків і наркотичної залежності та Європейського Центру епідеміологічного моніторингу ВІЛ/СНІДу свідчать, що в більшості країн Європейського Союзу рівень трансмісії ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків доволі низький завдяки значній доступності послуг щодо профілактики ВІЛ, програм зменшення шкоди від вживання ін'єкційних наркотиків. В Україні такий рівень пішов на спад починаючи з 2008 р. Однак значно збільшився відсоток зараження ВІЛ статевим шляхом від працівників «секс-індустрії» та пересічних громадян, які практикують незахищені статеві стосунки (рис. 2).

Війна на сході України і втрата Криму у 2014 р. істотно погіршили епідемічну ситуацію та негативно вплинули на моніторинг поширення соціально небезпечних хвороб у країні. Міністерство охорони здоров'я України втратило можливість регулярного ведення бази

моніторингу пацієнтів. Окрім того, складності перебігу військово-політичного конфлікту призводять до міграції населення, серед якого можуть бути особи, інфіковані соціально небезпечними хворобами, однак не діагностовані, а відповідно, не поінформовані про загрози свого статусу, певний відсоток з них має підозру на інфікування, однак уникає лікарів, або приховують хворобу через страхи стигматизації. За результатами експертного опитування було встановлено, що найбільший вплив війни на поширення соціально небезпечних хвороб здійснюється через процеси вимушеної міграції певної частини населення (рис. 9).

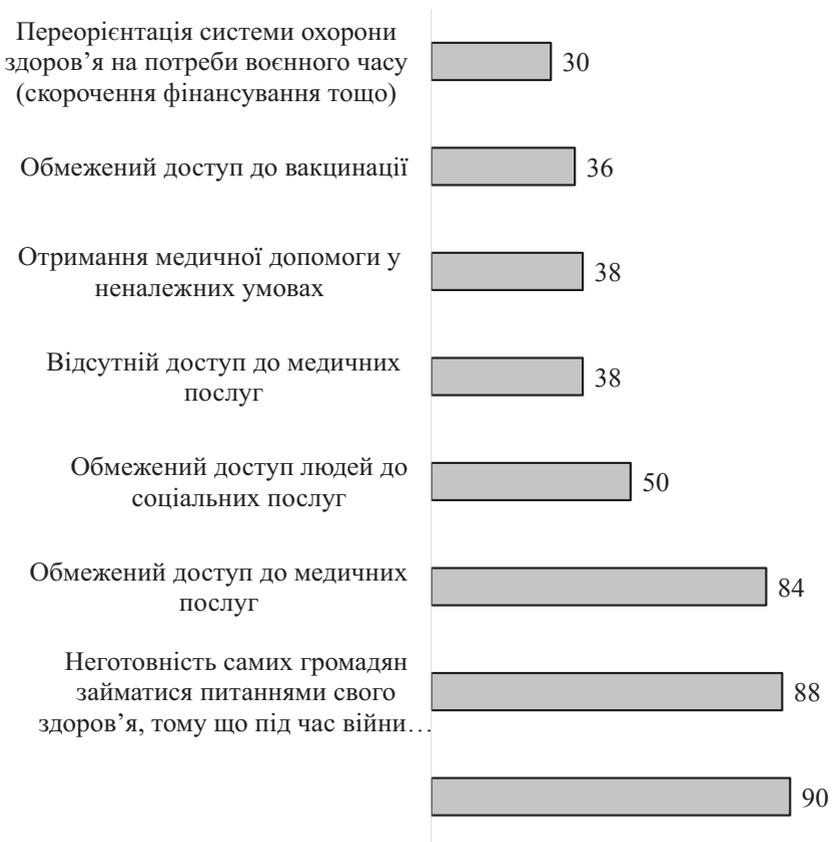


Рисунок 9. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «В чому саме відчувається найбільший вплив війни на поширення соціально небезпечних хвороб?», %

На думку експертів, найбільшими проблемами, які створила війна для системи охорони здоров'я в галузі запобігання, діагностування та лікування соціально небезпечних хвороб, посприявши їх поширенню, стали: вимушена міграція значної частини населення, у тому числі й уразливих груп – 90%, зміна життєвих пріоритетів унаслідок війни та неготовність громадян займатися питаннями власного здоров'я – 88%, обмежений доступ до медичних послуг – 84%.

Отже, з початком російської воєнної агресії ситуація з поширенням соціально небезпечних хвороб суттєво погіршилась, до цього спричинилися закриття профільних медичних установ на окупованих і деокупованих територіях, масове руйнування закладів охорони здоров'я внаслідок обстрілів і бомбардувань, стихійне переміщення великих мас населення, перебої з отриманням препаратів для терапії, дефіцит медичного персоналу та відсутність вільного доступу до безкоштовного тестування.

3.3. Поведінкові стратегії хворих на соціально небезпечні хвороби

Розглядаючи проблему поширення соціально небезпечних хвороб з позицій біосоціальної наукової парадигми, виходимо на якісно нове розуміння хвороби, яке передбачає комплексне вивчення біологічних, соціокультурних та політико-економічних факторів, внаслідок поєднання яких розвивається епідемічний процес. У 2012 р. американський медичний антрополог Мерід Зінгер (M. Singer) ввела до наукового обігу новий термін «синдемія» – як визначення поєднання та взаємного посилення негативного ефекту від поширення різних соціально небезпечних хвороб або патологічних станів з певними соціальними передумовами, які сприяють їх поширенню в суспільстві – бідність, низький рівень освіти, міграція населення, конфлікти, соціальна нерівність, насильство, стигматизація, дискримінація, обмеженість ресурсів, дезінтеграція системи охорони здоров'я тощо [Singer, Bulled, Ostrach, 2012]. Яскравим прикладом синдемії у XXI ст. є кластеризація епідемій ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, туберкульозу та ІПСШ на тлі несприятливої соціально-економічної

ситуації, зниження фінансової спроможності населення та соціальної кризи, внаслідок чого кожна з соціально небезпечних хвороб має важчий перебіг і характеризується вищою летальністю.

Феномен синдемії є поширеним у сучасному суспільстві, особливо серед соціально вразливих груп населення, чому сприяє активне поширення соціальних нерівностей, особливо під впливом реалій війни. Фактори, що визначають поширення епідемії соціально небезпечних хвороб, утворюють єдиний комплекс проблем, тісно взаємопов'язаних як між собою, так і з соціально-економічною ситуацією в країні. Соціальні нерівності, бідність і війна в Україні стоять на заваді своєчасній лабораторній діагностиці, регулярній медикаментозній терапії та якісному лікуванню, що підтверджує наукову сентенцію М. Зінгер про більшу значущість ролі соціальних чинників порівняно з біологічними в процесі поширення соціально небезпечних хвороб.

У зв'язку з цим у основі стратегій профілактики синдемії соціально небезпечних хвороб має бути мультидисциплінарний, багаторівневий підхід, який передбачає застосування комплексних превентивних технологій, які включають методи корекції девіантної поведінки представників уразливих груп населення та просвітницької роботи щодо поширення правдивої медичної інформації про наслідки ризикованої поведінки. Необхідно підкреслити, що застосування профілактичних програм, орієнтованих на зміну поведінкових стратегій, має певні труднощі у впровадженні через наявність соціальних обмежень, пов'язаних з існуванням стійких стереотипів та активною стигматизацією хворих. Тож на зміну деструктивним методам, пов'язаним із залякуванням хворих, їх оточення та членів груп ризику, повинні прийти нові, науково обгрунтовані, конструктивні стратегії, спрямовані на формування таких раціональних соціальних установок, у рамках яких ризикована поведінка не може вважатися цінністю. Поведінкові профілактичні інтервенції мають враховувати особливості та потреби конкретної субпопуляції або соціуму.

Найбільш перспективними нам видаються комплексні превентивні стратегії, що поєднують у собі біомедичні та поведінкові компоненти, які передбачають профілактичні втручання в конструювання стратегій соціальної поведінки конкретної цільової аудиторії.

Першою методологічною розробкою, створеною для визначення типу ставлення пацієнта до свого захворювання за допомогою оцінки ступеня його адаптації до змін умов оточення і проблем на тлі захворювання, а також аналізу ефективності використовуваної терапії, був опитувальник С. Фолкмана і Р. Лазаруса «Контрольний перелік способів копіngu» (Ways of Coping Checklist – WCC) (1980). Відповідно до зазначеної методології науковці виділили 12 типів ставлення пацієнта до хвороби, а саме:

1. Анозогностичне ставлення – характеризується прагненням хворого повністю ігнорувати факт життя з хворобою, що супроводжується відмовою від системного лікування та подальшого обстеження, водночас відверта безтурботність і підвищений настрій можуть бути награними і публічними, а в особистому житті людина прагне взяти від життя якнайбільше і часто ігнорує лікарські приписи, може відмовитися від системного лікування та прийняття медикаментів. Таке ставлення до захворювання є ризикованим, а хворий становить загрозу для суспільства, оскільки може бути джерелом поширення соціально небезпечної хвороби.

2. Апатичне ставлення – байдуже, малоемоційне ставлення до хвороби, яке супроводжується дисциплінованим відвідуванням медичних процедур, регулярним прийомом ліків і ретельним виконанням протоколів лікування. Зазначене ставлення є соціально-відповідальним, оскільки хворий свідомо вживає заходів для запобігання поширенню соціально небезпечної хвороби.

3. Гармонійне ставлення – найбільш адекватна реакція на хворобу, що виникає завдяки тому, що хворий раціонально й критично оцінює захворювання та прагне адекватно співіснувати з ним, уникає надмірно навантажувати своєю хворобою близьке оточення.

4. Дисфоричне ставлення – супроводжується негативним, іноді відверто ворожим ставленням до здорових людей, що супроводжується агресією до оточення, прагненням викликати відчуття провини у друзів та родичів.

5. Ергопатичне ставлення – робота або улюблені захоплення стають для пацієнта сенсом життя, таким чином відбувається заміщення проблем, пов'язаних з захворюванням, на життєві труднощі, отже, найбільшим страхом таких хворих є втрата здатності працюва-

ти, що спонукає їх сумлінно лікуватись і відповідально ставитись до процедур лікування.

6. Егоцентричне ставлення – хвороба стає сенсом життя та способом отримати зиск, тому хворий старанно демонструє оточуючим, наскільки він нещасний, цілеспрямовано вимагає уваги до власної особи, постійно говорить про своє захворювання.

7. Іпохондричне ставлення – надмірне зосередження на власному самопочутті, уважно спостерігаючи за симптоматикою, хворий тривожно ставиться до найменшого погіршення стану, турбується про все, що може хоч якось негативно вплинути на перебіг хвороби, такі пацієнти ретельно читають інструкції до прописаних препаратів, фанатично прислуховуються до своїх відчуттів, консультуються у декількох лікарів, відстежують інноваційні методики лікування, життя їх обертається навколо захворювання, і вони впевнені, що хвороба унікальна й відрізняється від інших клінічних випадків.

8. Меланхолійне ставлення – характеризується афективною поведінкою, постійною тривогою та сумнівами в тому, що одужання чи покращення стану можливе, це змушує хворого замикатися у собі, відмовлятися від прийому ліків, порушувати схеми лікування, усе це в комплексі негативно впливає на психологічний стан, провокує розвиток депресії та збільшує вірогідність самогубства.

9. Неврастенічне ставлення – у таких пацієнтів часто спостерігається дратівливість, особливо в періоди загострення захворювання, вони можуть раз за разом переживати панічні атаки та нервові зриви, схильні до самолікування та звернень до нетрадиційної медицини.

10. Паранояльне ставлення – намагання уникнути усвідомлення власної відповідальності за зараження та намагання звинувати когось іншого або конкретну людину, або оточуюче середовище, або умови життя. Іноді такі люди доходять висновку, що вони зовсім не хворі, діагноз їм встановлено помилково, а симптоми – наслідок дії препаратів, що зумовлює виникнення страху при прийнятті ліків і візитів до лікаря.

11. Сенситивне ставлення – характеризується виникненням яскраво вираженого занепокоєння, щодо стигматизації з боку оточуючого середовища та сторонніх людей, окрім того хворі бояться

стати тягарем для родини тому педантично приймають ліки та регулярно відвідують лікарів.

12. Тривожне ставлення – вкрай неспокійне сприйняття хвороби, яке провокує виникнення страхів щодо погіршення стану та впевненості, що лікування не допоможе. Як результат – хворий ретельно вивчає всі аспекти, пов’язані з захворюванням, може вдаватися до нетрадиційної медицини, довіряє забобонам, іноді вигадує власні прикмети, несумлінно ставиться до прийому ліків і рекомендацій лікарів [Фолкман, Лазарус 1980].

Однак така типологізація була надто розлогою та незручною, тому у 2005 р. за критерієм адаптивності автори удосконалили методологію, а 12 типів ставлення пацієнтів до захворювання об’єднано у три ключові поведінкові стратегії [Фолкман, Лазарус 2005].

1. Стратегія сприйняття хвороби та уживання з нею:

- самоконтроль;
- пошук соціальної підтримки;
- прийняття відповідальності.

2. Стратегія ігнорування хвороби:

- конфронтація;
- дистанціювання;
- уникнення.

3. Вікарна стратегія:

- нетрадиційне вирішення проблеми;
- переоцінка можливостей;
- індивідуальне пристосування.

На сьогодні існує значна кількість класифікацій стратегій поведінки, які практикують хворі на соціально небезпечні хвороби, жодна з них не дає повного уявлення про їх різноманіття, що зумовлено численними комбінаціями факторів, які впливають на життя інфікованих та їх оточення. Класичною версією вважається класифікація Р. Лазаруса, заснована на первинній (суб’єктивній) і вторинній (когнітивній) оцінці, яка включає такі форми соціальної взаємодії, що практикують хворі на соціально небезпечні хвороби [Лазарус, 2012].

1. Стратегія активних дій (прийняття відповідальності, планування вирішення проблеми) обирають хворі, орієнтовані на боротьбу з хворобою, виживання та сприйняття свого стану. Вони дотримуються усіх умов лікування, цікавляться новими методиками лікування,

мають емоційний резерв для усвідомлення життя з хворобою – спокійно сприймають звістку про погіршення здоров'я, основним джерелом інформації вважають медичних працівників і науково-популярну літературу. Несхильність до катастрофізації проблеми, системне лікування та наявність регулярної активності (дисципліна) сприяють здоровому переходу на режим системного лікування.

2. Стратегія контролю (самоконтроль і позитивна переоцінка) спрямована на адекватне планування вирішення проблеми з використанням внутрішніх ресурсів – дотримання заборон, а також залученням зовнішніх – звернення до нетрадиційної медицини, ворожок, окультних практик тощо.

3. Стратегія уникнення (дистанціювання та втеча-уникнення) обирається хворими за умов несвідомого заперечення чи ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності та дій діагностування та лікування соціально небезпечної хвороби, що відбувається шляхом делегування відповідальності або близькому оточенню, або джерелу інфікування – ядерній групі. Для цих пацієнтів характерними є афективний вид соціальної взаємодії, який супроводжується психологічним станом тривожності, а також усвідомлене уникнення реальності шляхом постійного ігнорування фактів перебігу хвороби та фантазування щодо раптового зцілення.

Стратегія уникнення, своєю чергою, може бути двох типів:

– **когнітивне уникнення** – це відволікання від проблем, які виникають унаслідок інфікування соціально небезпечною хворобою, та зміщення акцентів на інші сфери діяльності шляхом гіперболізації їх значення, у такий спосіб за рахунок інших сфер діяльності відбувається рециркуляція негативних емоцій, пов'язаних з усвідомленням соціально негативного досвіду;

– **емоційне уникнення** передбачає ігнорування власних почуттів і переживань, навмисне придушення хворим своїх емоцій, що провокує накопичення та посилення негативних емоцій з подальшим погіршенням психоемоційного стану людини.

4. Стратегія пошуку соціальної підтримки обирають хворі, які мають бажання розділити власні емоції та відповідальність за прийняті рішення з кимось, хто зможе зрозуміти та розрадити, підтримати та допомогти в подоланні хвороби, оскільки розуміють, що влас-

них особистісних ресурсів у них недостатньо під час переживання почуття безпорадності та неспроможності, і вони потребують інформаційної та соціальної підтримки, а також співчуття та розуміння, захисту та відчуття захищеності. У таких людей часто спостерігається прагнення до перейняття чужого досвіду, намагання постійно обговорювати проблеми лікування з метою зниження внутрішньої емоційної напруженості. Суттєвим недоліком зазначеної стратегії є великий вплив близького оточення (ядерної групи) на поведінку хворого, що може суперечити позиції лікарів та протоколам лікування.

5. Стратегія дистанціювання передбачає спроби подолання негативних переживань проблеми за допомогою суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційної залученості до неї, перемикання уваги на інші актуальні сфери діяльності. Хворі, що практикують подібну поведінку, свідомо відмовляються від осмислення проблеми, віддаючи перевагу пошуку можливих позитивних сторін ситуації. Однак існує загроза знецінення власних емоцій і почуттів, можливе суб'єктивне заниження важливості захворювання, а отже, й ігнорування правил соціальної відповідальності та відсутність дій, спрямованих на лікування.

Стратегію дистанціювання можна віднести до найбільш дезадаптивних, оскільки вона не передбачає пошуку шляхів вирішення проблеми – життя з певним діагнозом, пацієнти не мають достатньої кількості внутрішніх резервів у боротьбі з захворюванням, тому намагаються дистанціюватися від ситуації.

Наявні поведінкові стратегії впливають на вибір цільових аудиторій для превентивних інтервенцій з метою запобігання поширенню гострих інфекційних захворювань.

6. Стратегія здоров'язберігаючої поведінки стала найважливішим аспектом державної політики більшості країн через низку пандемій, котрі пережив світ, формування якої в населення здійснюється в рамках двох основних підходів: об'єктивного, заснованого на розумінні й оцінці здоров'я в процесі його емпіричного вивчення, та суб'єктивного, що розглядає здоров'я крізь призму ставлення до системи людських цінностей: біологічних, які властиві всім живим системам, і моральних, що характерні для людини як раціональної істоти, яка здатна здійснити усвідомлений вибір і відповідально ставитись, і до свого, і до чужого здоров'я. Отже, фізичне здоров'я чле-

нів суспільства є показником його морального благополуччя. На сьогодні, в умовах російської збройної агресії, в Україні зростає кількість інфекційних захворювань і збільшується чисельність носіїв соціально небезпечних хвороб, а труднощі, що виникають у процесі протидії їм – перевантаження системи охорони здоров'я, потребують консолідації зусиль усього суспільства. Зростання кількості осіб з ризикованою, девіантною поведінкою та соціальна дезорганізація значної частини суспільства стають пусковими механізмами синдрому соціально небезпечних хвороб, яка поширюється через низький рівень навичок здоров'язберігальної поведінки у населення.

Боротьба з поширенням соціально небезпечних хвороб здійснюється шляхом профілактики, просвітницької та роз'яснювальної роботи з групами, що практикують ризиковану поведінку, та пересічними громадянами, з метою формування сталих уявлень про запобігання інфікуванню та формування відповідних практик для укорінення в масовій свідомості населення сучасних уявлень про соціально небезпечні хвороби. Це, своєю чергою, сприятиме збільшенню в суспільстві мотивованих соціально відповідальних індивідів, поведінка яких базуватиметься на здоров'язберігаючих стратегіях і регулюватиметься в рамках відповідних індивідуально вироблених практик. Наявність у людини таких захворювань, як туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатити В і С, венеричних інфекцій, які потребують абсолютно іншої системи організації повсякденного життя, формують серйозні обмеження для самих хворих і для їх рідних, підвищують чутливість до інших захворювань унаслідок падіння імунітету, суттєво ускладнюють повсякденне життя та повністю змінюють побут. Тому життя людини залежить від стану її здоров'я та масштабів використання нею свого психофізіологічного потенціалу. Усі аспекти людського життя в широкому діапазоні соціального буття – виробничо-трудова, соціально-економічна, політична, сімейно-побутова, духовна, оздоровча, навчальна – визначаються виключно рівнем і станом здоров'я конкретної особистості.

Типологія індивідуальних поведінкових стратегій носіїв соціально небезпечних хвороб у рамках здоров'язберігаючої стратегії може будуватися за такими векторами: активність – пасивність; гнучкість – ригідність; альтруїзм – егоїзм; інтернальність – екстернальність.

ність; традиціоналізм – інноваційність; орієнтація на результат або на процес. Виявляючи різні поведінкові прояви, на основі яких особистість вибудовує поведінкову стратегію, можна виділити три рівні цінності здоров'я:

- біологічний – початкове здоров'я, що припускає саморегуляцію організму, гармонію фізіологічних процесів і максимальну адаптацію;

- соціальний – здоров'я як міра соціальної активності в контексті взаємодії індивіда з оточуючим його світом;

- особистісний (психологічний) – здоров'я як заперечення хвороби в сенсі її подолання.

Цікаву типологізацію поведінкових стратегій під час пандемії коронавірусу запропонувала співробітниця норвезького «Центру досліджень природничих і гуманітарних наук Університету Бергена» – Мімі Лем [Lam, 2021]. На її думку, з появою пандемії в суспільстві визначилися різні поведінкові ідентичності або «типи особистості Covid-19», які різнилися реакцією на захворювання та на обмежувальні заходи, що пов'язані з пандемією. З часом стало очевидним, що люди по-різному справляються з нею психологічно та практично. Отже, науковцям вдалося визначити 16 різних моделей поведінки людини, інфікованої коронавірусом, кожна з яких має свій власний «профіль» мислення та ставлення до подолання гострої інфекційної хвороби та запобігання зараженню оточуючих:

- «негативісти» применшують загрозу хвороби і намагаються жити як до пандемії, переконуючи в цьому інших, начебто нічого не змінилося;

- «розповсюджувачі» хочуть поширювати коронавірус, щоб розвивався колективний імунітет, і життя поверталось в нормальне річище;

- «шкідники» – це ті, які навмисно спричиняють біль іншим, наприклад, чхають або кашляють на інших;

- «реалісти» усвідомлюють нову реальність, загрози і можливу шкоду та коригують свою поведінку;

- «стурбовані» намагаються бути «в курсі справ» і підтримувати особисту безпеку, щоб упоратися зі своєю невпевненістю та страхом, викликаним вірусом;

– «споглядачі» схильні до самоізоляції в розпал пандемії і до міркувань про «вічні питання» життя та смерті у зв'язку з пандемією;

– «накопичувачі» в паніці запасуються продуктами та іншими товарами, щоб компенсувати свою незахищеність;

– «невразливі» – це часто молоді люди, які вважають себе несприйнятливими до хвороб;

– «бунтарі» (зазвичай молоді люди) вважають, що вони невразливі для коронавірусу, тому байдужі до профілактичних заходів демонстративно кидають виклик обмеженням пандемії як таким, що обмежують їх особисті свободи і вибір;

– «обвинувачі» зайняті пошуком винних і зганяють свої страхи і розчарування на інших, дискримінуючи окремі групи або, наприклад, медичних працівників;

– «експлуататори» використовують ситуацію для демонстрування влади та сили або для отримання прибутку;

– «новатори» розробляють нові способи боротьби з пандемією або перепрофілюють ресурси для боротьби з загрозами;

– «прихильники» демонструють свою солідарність на підтримку інших;

– «альтруїсти» допомагають вразливим, літнім та ізольованим;

– «воїни» (часто це – медичні працівники) протидіють загрозам, борються з наслідками коронавірусу;

– «ветерани» – ті, хто перехворів на атипову пневмонію або MERS і добровільно дотримується обмежень [Lam, 2021].

Ці 16 типів поведінкових стратегій науковці розподілили на три основні групи стратегій, залежно від їхнього ставлення до гострого інфекційного захворювання, а саме:

Група конформерів (згодних) складається з реалістів, тривожних, споглядачів, накопичувачів, новаторів, прихильників, альтруїстів, воїнів та ветеранів.

Група частково згодних, до якої входять розповсюджувачі, обвинувачі (критики), експлуататори, які вважаються більш пластичними та сприйнятливими до зміни поведінки, ніж «незгодні», тому вони стають суміснішими з політикою профілактики.

Група незгодних, у якій об'єднані негативісти (заперечники), шкідники, невразливі, бунтарі.

Отже, М. Лем вказує на важливість «зміщення поведінкової кривої» у боротьбі з поширенням пандемії та можливими майбутніми епідемічними хвилями в суспільстві, вважаючи здоров'язберігаючі поведінкові стратегії найбільш соціально адекватними [Lam, 2021].

Попри те, до запропонованої типології виникають питання типологізації та визначення хворих у рамках тієї чи іншої ідентичності, оскільки одна людина може одночасно демонструвати поведінку різних типів, ця типологізація виявилася практичним інструментом для моделювання. Такі моделі можуть бути перехідними, та, на нашу думку, є лише способами адаптації до змін у житті. Зокрема, виділені М. Леман поведінкові стратегії можуть бути залучені до профілактики соціально небезпечних хвороб, а моделювання – стати цінним інструментом для аналізу динаміки змін поведінки інфікованих людей щодо визначення та усвідомлення свого статусу, формування відповідних поведінкових алгоритмів і стратегій соціальної взаємодії та комунікації з оточенням.

Перебіг синдемії соціально небезпечних хвороб у сучасному українському суспільстві супроводжується процесами лібералізації статевої моралі. Часта зміна партнерів, у поєднанні з низькою сексуальною культурою породжують ряд серйозних наслідків – аборти, поширення венеричних захворювань, зростання кількості розлучень, паралельно з поширенням вірусу імунодефіциту, вірусних гепатитів. Для певної кількості людей сьогодні актуальним стилем є життя тільки для себе – гонитва за все новими й новими задоволеннями. Секс стає розвагою, розглядається як сфера індивідуального самоствердження. Жінки шукають нових статевих партнерів заради соціального престижу. Чоловіки розпочинають статеве життя зарано та часто змінюють жінок не тому, що їм цього хочеться, а тому, що «так «прийнято», «модно» в суспільстві. На цьому фоні стає зрозумілим спалах синдемії соціально небезпечних хвороб.

Складнощі при плануванні та організації діяльності щодо зміцнення та підтримання здоров'я пов'язані з низьким рівнем розвитку навичок управління своїм життям і моделювання своєї поведінки. За допомогою трансформації моделі поведінки суб'єкта можлива успішна й малотравматична адаптація людини до умов, які стрімко і радикально змінюються. Це дасть можливість досліджувати взає-

мозв'язок індивідуальних моделей підтримки здоров'я з процесами цілепокладання та саморегуляції й вносити необхідні корекції у поведінкові практики.

Однією з авторитетних міжнародних організацій, яка опікується проблемами пошуку шляхів протидії та припинення епідемій соціально небезпечних хвороб, є Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria), що спрямовує свою діяльність на підтримку досягнення цілей сталого розвитку світу, встановлених ООН.

Нова й дуже амбітна Стратегія Глобального фонду «Боротьба з пандеміями та побудова більш здорового та справедливого світу» (2023–2028 рр.), яка розроблялася впродовж 2020–2021 рр. на основі активних консультацій під керівництвом «Комітету зі стратегій і Правил Глобального фонду», а також матеріалів і фактичних даних, наданих усіма членами партнерства з Глобальним фондом, прагне зробити свій внесок у подолання епідемій СНІДу, туберкульозу та малярії, приділяючи особливу увагу активним інвестиціям і використанню інновацій для прискорення прогресу у зменшенні кількості нових випадків інфікування, в усуненні структурних бар'єрів на шляху до покращення результатів щодо соціально небезпечних хвороб [Fighting Pandemics, 2023].

Цінність здоров'я та його якість у сучасному суспільстві виявляється мінливою відповідно до мінливості стилів самого життя, різкої зміни його тривалості та якості. Відсутність стабільності сьогодні та невпевненість у майбутньому в сукупності з соціальною травмою, пов'язаною з подіями війни, знижують цінність довгострокових явищ і речей, які наповнюють життя людини, дають можливість переглянути норми моралі. Ефективність заходів щодо поліпшення стану здоров'я людини залежить значною мірою від того, як суспільство розуміє сам феномен здоров'я, причому, яка модель здоров'я становить основу ставлення людини до власного здоров'я. У зв'язку з цим розгляд і облік особистісного аспекту проблеми здоров'я є важливим для підвищення ефективності практичної діяльності з охорони здоров'я громадян, зокрема, в контексті профілактики та запобігання соціально небезпечним хворобам.

3.4. Стратегія профілактичних втручань (зміна типу соціальної дії в ядерних групах)

В основі стратегій профілактичних втручань лежить теорія ядерних груп, сформульована у 1978 р. Дж. Йорком (J. Yorke), згодом вона була розширена й деталізована Дж. Томасом (J. Thomas) і М. Такером (M. Tucker) (рис. 10). Відповідно до неї превентивні заходи слід здійснювати насамперед у соціумі, де соціально небезпечні хвороби поширені непропорційно широко, а отже, існують певні спільноти (соціальні групи), які виступають «резервуаром» синдемії – так звані ядерні групи. Оскільки, за статистикою, соціально небезпечні хвороби поширюються у специфічних демографічних групах, які утворюють «соціальне ядро» та/або у певних географічних регіонах – «географічне ядро», то їх вивчення й аналіз у комплексі може дати науковцям інформацію про розмір «епідемічного ядра», яке зазвичай не перевищує 5% активного населення.

Ядерні субпопуляції характеризуються стабільною підтримкою зараження всередині групи, а також поширенням соціально небезпечних хвороб за їх межами внаслідок високої частоти зміни сексуальних партнерів та особливостей перехресних зв'язків між ними. На сьогодні поняття «ядерна група» є новим і потребує деталізації



Рисунок 10. Поширення соціально небезпечних хвороб у соціумі
[Thomas, Tucker, 2008]

визначення, однак можемо виділити низку ознак, властивих особам, які є носіями соціально небезпечних хвороб і не лікуються, хворіють активними формами, але не обмежують свої соціальні контакти – практикують незахищені сексуальні контакти і/або ризиковані ін'єкційні практики, через що є резервуарами для поширення синдрому, а отже, становлять ядро поширення гострих вірусних та інфекційних захворювань.

Представники ядерних соціальних груп з високою концентрацією соціально небезпечних хвороб зазвичай є:

- споживачами ін'єкційних наркотиків (особливо якщо йдеться про ВІЛ-інфекцію);
- особами, які надають сексуальні послуги в обмін на винагороду (гроші або інші матеріальні цінності);
- особи з ризикованою сексуальною поведінкою, які практикують незахищений секс з численними партнерами;
- споживачі послуг комерційних сексуальних партнерів.

Відомо, що субпопуляція працівників, зайнятих у сфері комерційного сексу, особливо вуличного, значною мірою перетинається із групою наркоспоживачів, оскільки надання сексуальних послуг є для багатьох наркозалежних способом заробити гроші для придбання наркотиків, а деякі стають наркоспоживачами вже після початку роботи на ринку секс-послуг. За статистикою, працівники комерційного сексу є однією з найбільш уразливих у правовому та соціальному сенсі, стигматизованих і важкодоступних для проведення профілактичних втручань груп населення, які можуть формувати сталі ядерні групи.

Ядерні групи, що характеризуються високим рівнем захворюваності на соціально небезпечні хвороби, можуть утворювати не тільки представники секс-індустрії, а й нелегали, трудові мігранти, ув'язнені, особи без певного місця проживання, безпритульні діти, що практикують ризикований спосіб життя, та ін. Успішність превентивного втручання визначається не тим, настільки широко охоплена профілактикою ядерна група, а тим, наскільки ефективно відбувається медикаментозна підтримка. Для ядерних груп типові щільні сексуальні мережі великого розміру, розгалужені, складно організовані, що утворюють географічне ядро, напряму пов'язане з ореолом проживання, в рамках якого виникають замкнуті циклічні мікроструктури

(сексуальні мережі). Особливості сексуальних мережевих взаємодій у соціальному ядрі, схильність до вибору поведінково-подібних, тобто ризикованих, партнерів і застосування ризикованих сексуальних практик визначають високий ризик передачі соціально небезпечних хвороб. Вивчення характеристик сексуальних мереж є ключовим фактором для розуміння динаміки їх поширення в соціумі.

У 1992 р. американські дослідники Дж. Фішер (J. Fisher) і В. Фішер (W. Fisher) запропонували модель корекції поведінки «Інформування (І) → Підвищення мотивації (М) → Формування поведінкових навичок (П)» («Інформація – Мотивація – Поведінка» (ІМП)).



Рисунок 11. Модель корекції поведінки хворих на соціально небезпечні хвороби [Fisher, Fisher, 1992]

Модель ІМП є зразком загальної структури можливих програм щодо корекції ризикованої поведінки. У рамках моделі науковці пропонують включати до структури превентивного втручання три основні компоненти, які визначають запобіжну поведінку індивіда: інформування про ризики (знати), мотивацію до зміни поведінки (хотіти) та формування бажаних поведінкових навичок (уміти). Модель ІМП є гнучкою, що дає змогу, зберігаючи основну трикомпонентну структуру, інтегрувати до неї різноманітні культурні, ситуативні та демографічні аспекти профілактики інфікування соціально небезпечними хворобами. Можлива модифікація моделі з урахуванням гендерних, вікових, релігійних особливостей соціуму тощо (рис. 11).

Відповідно до ключових засад цієї моделі вибір стратегії поведінки хворого на соціально небезпечну хворобу, окрім впливу на нього внутрішніх і зовнішніх факторів, залежить від того, чи визнає він існування персонального ризику та особистої відповідальності за

інфікування інших, і чи матиме мотивацію до зміни ризикованої поведінки. У рамках зазначеної моделі мотивацією може бути система стимулів (мотивів), що спонукають людину до дії чи бездіяльності. Для того, щоб інформація та мотивація зрештою вилилися у поведінкові зміни хворої людини, необхідно сформувати певні навички запобіжної поведінки та дотримання режиму медикаментозної терапії. Отже, інформація й мотивація активізують необхідні поведінкові навички для зниження ризику поширення соціально небезпечних хвороб у соціумі.

Згідно з моделлю ІМП отримання інформації та/або адекватна мотивація можуть призводити до деяких поведінкових змін. Наприклад, інформування про шляхи передачі гострих інфекційних хвороб може спонукати пройти медичне обстеження та первинну діагностику, а страх перед зараженням та усвідомлення наслідків інфікування сприятиме використанню запобіжної контрацепції. Однак формування складних превентивних навичок, таких як відмова від спонтанних статевих контактів, від вживання наркотиків та алкоголю, потребує спеціальної профілактичної роботи. Загалом, напрацювання навичок безпечної поведінки безпосередньо впливає на зниження поведінкових ризиків та уникнення ігнорування хвороби [Fisher, Fisher, 1992].

Отже, модель ІМП є універсальною стратегією з погляду вивчення причин поведінкового ризику та стимулювання превентивної поведінки. Загально визнані наукові концепції корекції поведінки мають бути невід'ємним підґрунтям профілактичних втручань, спрямованих на зниження ризиків, пов'язаних з поширенням синдрому соціально небезпечних хвороб. На сьогодні науковці розробили безліч теорій, що уможливають з великою ймовірністю пояснювати, передбачати та змінювати поведінку, пов'язану зі здоров'ям, однак епідемія інфікувань ще не затухає. Існуючі теорії корекції поведінки мають низку загальних положень, а відмінності між ними зводяться до різних детермінантів і механізмів реалізації поведінкових стратегій, зосереджених на рівні індивідуальних, групових та субпопуляційних впливів.

Індивідуальні профілактичні втручання. Поведінкові втручання можуть здійснюватися на рівні індивіда та ядерної групи. Втручання на рівні індивіда спрямоване на формування прихильності до

медикаментозного лікування, досягнення ремісії або мотивування його дотримуватись принципів зниження шкоди, запобігання поширенню соціально небезпечної хвороби, а також відновленню втрачених соціальних зв'язків. Необхідною умовою ефективності втручання на рівні ядерної групи є спільність досвіду та інтересів осіб, які входять до неї (споживачі ін'єкційних наркотиків, особи, які живуть з ВІЛ, представники секс-індустрії тощо).

Групові профілактичні втручання. Метою профілактичної інтервенції, як правило, є зміна прийнятих у ядерній групі соціальних норм, оскільки вони визначають і регулюють поведінку її членів. Групове профілактичне регулювання поведінки може позитивно позначитись на здоров'ї індивідів, а може, навпаки, мати небажаний ефект, змушуючи їх залишатися вірними мережевим нормам і продовженню практики ведення ризикової поведінки. З іншого боку, наявність у складі ядерної групи осіб із девіантною поведінкою може наражати на небезпеку інших її членів, стримуючи від звернення до лікарів. Тож втручання має здійснюватися лише на рівні усього ядра з поширенням превентивної інформації через неформальних лідерів.

Субпопуляційні профілактичні втручання. Цільовими субпопуляціями для застосування профілактичних програм є сексуальні мережі, які формують соціальне ядро синдемії, за допомогою якого соціально небезпечні хвороби локалізуються на певній території та поширюються в соціумі, що створює передумови виникнення широкомасштабної епідемії. Тож вивчення структури сексуальних мереж є ключовим фактором для розуміння динаміки поширення гострих інфекційних хвороб і має велике значення для розробки ефективних профілактичних стратегій. Найбільша ефективність превентивних втручань досягається за умов, якщо вони спрямовані не просто на запобігання новим випадкам інфікування, а спрямовані на зміну ризикової поведінки шляхом поширення впливу на конкретну субпопуляцію з підвищеним поведінковим ризиком.

Отже, адекватне ставлення до хвороби є важливим аспектом боротьби з поширенням соціально небезпечних хвороб, а також сприяє своєчасному соціальному включенню інфікованих у обрання оптимальної стратегії співіснування з хворобою в суціумі, стимулює швидке соціальне відновлення та збереження якості життя, що знижує епідемічну напруженість у суспільстві.

Просвітницькі профілактичні втручання. Спектр стратегій щодо збереження та зміцнення здоров'я населення можна звести до трьох основних блоків:

1. Просвітництво має на меті здійснення рутинного інформування населення щодо шляхів інфікування і ризиків, пов'язаних з перебігом соціально небезпечних хвороб, а також для формування адекватних уявлень громадян про взаємозв'язок і взаємовплив способу життя та соціального оточення на поведінкову стратегію особистості, яка перебуває в зоні відповідальності школи, медіа, співробітників медичної сфери, виконавчої влади, зокрема низки міністерств – охорони здоров'я, соціальної політики тощо.

2. Діагностика, консультування і профілактика залучаються для виявлення соціально небезпечних хвороб на ранніх стадіях у осіб з ризикованою поведінкою та уразливих категорій, які належать до груп ризику. Контроль і моніторинг поширеності соціально небезпечних хвороб у конкретних соціальних спільнотах лежать в основі пошуку нових наукових рішень під час дослідження зазначених захворювань, розробки стратегій корекції поведінкових реакцій та зміни типу соціальної дії.

3. Спеціальні програми, які фінансуються міжнародними неурядовими організаціями, містять комплекс екстрених заходів, розроблених для надзвичайних ситуацій, і передбачають об'єднання зусиль різних медичних закладів із застосуванням інноваційних технологій лікування та експериментальних препаратів з метою боротьби та локалізації синдемії.

Соціально-профілактична робота здійснюється на трьох рівнях.

Первинна (загальна) соціальна профілактика має на меті формування у населення цінності здоров'я, пропаганду здорового способу життя та запобігання певним проблемам зі здоров'ям у майбутньому. Відповідні заходи, зокрема масові кампанії, у сфері охорони здоров'я більш ефективні в створенні передумов зміцнення здоров'я населення, забезпеченні підвищення рівня обізнаності, поширення знань і зміни ставлення до проблеми, але виявляються недостатніми для отримання бажаного результату – зміни поведінки, формування стійких відповідних поведінкових практик.

Другий рівень соціальної профілактики (спеціальна профілактика) визначає виховні й корекційні форми роботи з дітьми та мо-

лоддю, а також з групами ризику. Мета спеціальної профілактики передбачає здійснення системи заходів, спрямованих на запобігання та локалізацію конкретних негативних явищ у поведінці людей. Успішність профілактичних проєктів і програм залежить від того, наскільки добре ця програма орієнтована на групи населення, які наражаються на найбільший ризик, наскільки повно вона їх охоплює та забезпечує дотримання існуючих вимог.

Третій рівень передбачає індивідуалізовану роботу по формуванню стійкої мотивації до зміни поведінкових практик за допомогою спеціальних програм спрямованого впливу. Індивідуальна соціальна профілактика спрямована на окремі особистості з метою подолання специфічних для неї чинників проблем.

Зміна форм поведінки і поведінкових практик насправді вимагає набагато більше, ніж просто просвітницька робота за допомогою необхідного інформування з питань здорового способу життя окремих осіб, місцевих спільнот і груп населення, які є об'єктом впливу. З тієї ж причини просто заклики до того, щоб люди з більшою відповідальністю ставилися до свого здоров'я й отримання медичної допомоги та дотримувалися здоров'я зберігаючих поведінкових стратегій для підтримки здоров'я на наступних етапах життя, мають спрощений характер та відіграють допоміжну роль у роботі з населенням. Підвищення рівня обізнаності щодо інфікування соціально небезпечними хворобами, а також зміна ставлення до власного здоров'я є необхідною складовою для зміни форм соціальної взаємодії, внаслідок чого зростає роль соціальних і поведінкових наук у створенні теоретико-методологічних засад для профілактичної роботи з населенням за одночасного підвищення ролі держави та соціальних інститутів у розробці та удосконаленні комплексу законодавчих і регуляторних інструментів впливу, у використанні як фінансових, так і нефінансових стимулів, що спонукають до переходу від нездорових до здорових форм поведінки на благо окремих людей та суспільства в цілому.

У галузі соціології здоров'я теорії зміни поведінки застосовуються переважно при здійсненні певних заходів впливу (втручання, інтервенції) на рівні окремих осіб (наприклад, при індивідуальному консультуванні з питань здоров'я), просвітницька робота, яка спрямована на місцеві спільноти (це можуть бути заходи служби

розвитку місцевої інфраструктури та медико-санітарної освіти в рамках діяльності центрів зміцнення здоров'я та населення загалом (цілеспрямовані тематичні кампанії та програми з підвищення рівня обізнаності за допомогою медіа з питань здоров'язбереження, регулювання постачання та продажу таких товарів, як тютюн, алкоголь тощо; застосування законодавства з питань охорони навколишнього середовища та ін.), що сприяє зміцненню здоров'я. Робота на кожному з цих рівнів має свою специфіку, що вимагає проведення відмінностей між заходами впливу, орієнтованими на окремих осіб, на умови, на громади та окремі групи населення. При цьому важливо здійснювати моніторинг факторів, що визначають ефективність цілеспрямованого впливу на ті групи населення, які наражаються на найбільший ризик.

При розгляді прикладних аспектів проблеми зміни поведінки людей у напрямі формування моделей здорового способу життя та здоров'язбереження постає питання вибору стратегій і принципів, які мають бути покладені в основу профілактичної та корекційної роботи. Стратегія формування здорового способу життя населення та профілактики захворювань, зокрема й соціально небезпечних хвороб, базується на таких принципах:

- системний підхід при формуванні заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, профілактику та контроль означених захворювань, у тому числі з застосуванням інформаційних технологій;
- наукова обґрунтованість заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, профілактику та контроль захворювань;
- безперервність і послідовність у розробці та реалізації заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, профілактику та контроль захворювань, неприпустимість зниження рівня захисту здоров'я громадян;
- взаємодія органів державної влади з громадськими організаціями та бізнес-спільнотою з метою реалізації заходів, визначених цією стратегією;
- забезпечення міжвідомчої взаємодії при реалізації прийнятої стратегії на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях;
- урахування загальноновизначених принципів і норм міжнародного права у сфері охорони здоров'я.

Важливе значення має готовність цільових груп населення до змін поведінки як на індивідуальному, так і на колективному рівнях. Ціле-спрямоване коригування (чи збалансування) програм і заходів втручання з метою їх більшої відповідності характеристикам цільової аудиторії дає змогу прогнозувати отримання позитивних результатів.

Сучасні заходи втручання, здійснювані через Інтернет, роль якого як каналу комунікації постійно зростає, показали свою дієвість у досягненні короткострокових змін форм поведінки. У ряді випадків вони можуть бути ефективними й у довгостроковій перспективі.

Досвід практичної роботи з формування здорового способу життя у населення і соціальної профілактики різних захворювань дав змогу накопичити великий обсяг фактичних даних, узагальнення яких дає можливість зробити висновки щодо умов підвищення рівня загальної ефективності, відтворюваності та стійкості результатів заходів впливу на поведінку людей. При розробці соціальних програм зміни поведінки людей щодо здоров'я слід зважати на значення сильного лідерства, переживання почуття причетності та прихильності до досягнення цілей програми, а також активні дії щодо її реалізації з боку задіяних у цих програмах виконавців. Комплексні заходи щодо зміни форм поведінки стосовно здоров'я, які об'єднують питання законодавства, регулювання, освіти, консультування, навчання тощо, демонструють більш високу ефективність, ніж заходи, орієнтовані на виконання одного окремого завдання. Багаторівневі заходи втручання, що включають програмні та організаційні зміни, а також передбачають збір інформації та моніторинг ситуації, виявляються успішнішими, ніж окремі ініціативи.

Висновки

Загроза масового поширення соціально небезпечних хвороб у ХХІ ст. не минає, а наразі актуалізується. В Україні з початком повномасштабної російської агресії, під деструктивним впливом бойових дій епідеміологічна ситуація дещо загострилась, оскільки частина хворих втратила можливість вільного доступу до спеціалізованих медичних закладів, через порушення фармацевтичних логістичних ланцюгів вони не могли своєчасно отримувати препарати, необхідні

для підтримувальної терапії, а якість роботи системи охорони здоров'я суттєво погіршилась, не витримуючи великого навантаження.

Детальний аналіз існуючого наукового доробку в рамках галузі соціології здоров'я дає змогу виділити п'ять ключових теорій, які пропонують алгоритм пояснення поведінкових стратегій хворої людини, та з'ясувати причини виникнення ризиків для поширення соціально небезпечних хвороб. Теорія «факторів» С. Вінслоу обґрунтувала існування нерозривного кола злиднів і хвороб, описавши існування прямої залежності між спалахом епідемій інфекційних хвороб і соціально-економічними процесами, які відбуваються в суспільстві. Аналіз поглядів ентомолога Е. Вілсона, який запропонував створення «соціобіології» як науки для вивчення впливів законів біології на характер організації соціальних спільнот, їх поведінку, спосіб життя та здоров'я, дає змогу зрозуміти роль процесів адаптації у житті хворої людини. Концептуальні положення теорії стресу Г. Сельє, у рамках якої до наукового обігу було введено термін «стресори», сприяли з'ясуванню ролі стресу у виборі хворою людиною характеру соціальної взаємодії як з найближчим оточенням, так і з суспільством загалом. Теорія «хвороб цивілізації» Ч. Розенберга актуалізувала питання негативного впливу новітніх технологій та активного розвитку цивілізацій на процеси адаптації. Урешті-решт, А. Хоннету вдалося узагальнити досвід своїх попередників, обґрунтувавши ключову роль соціальної дезадаптації в процесах деградації носіїв соціально небезпечних хвороб.

Аналіз результатів експертного опитування фахівців центрів громадського здоров'я, медичних закладів, неурядових організацій, науковців, проведеного співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України в червні–серпні 2022, дав змогу встановити вплив соціальних нерівностей на поширення соціально небезпечних хвороб в українському суспільстві. Зокрема, було виокремлено декілька ключових моментів – наявність нерівних можливостей у доступі до медичного обслуговування різних категорій хворих на соціально небезпечні хвороби, перевищення показників самостигматизації над рівнем дискримінації хворих з боку суспільства, включеність у процеси дезадаптації не тільки хворих, а й їх найближчого оточення.

Було встановлено, що ВІЛ-інфіковані та ТБ-носії отримують більш якісне лікування, можуть користуватись розгалуженою мережею спеціалізованих закладів, які укомплектовані персоналом. Водночас хворі на ППСШ та вірусні гепатити мають проблеми з безкоштовною діагностикою, не завжди отримують належну медикаментозну терапію, а тому змушені витратити власні кошти на лікування, крім того, незручність розташування профільних лікувальних установ ускладнює комунікацію пацієнтів та лікарів. Отже, для певної категорії хворих проблема нерівних можливостей була актуальною ще в довоєнний період. Російська агресія погіршила ситуацію, вплинувши на економічну спроможність громадян, унеможлививши доступ до безплатного отримання підтримувальної терапії, скоротивши кількість центрів надання профільної допомоги хворим на соціально небезпечні хвороби та ускладнивши діагностування нових випадків, що може стати передумовою до збільшення випадків інфікування соціально небезпечними хворобами.

Джерела

Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.10.2022 / Центр громадського здоров'я МОЗ України. Отримано з: <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>

Кількість смертей від вірусних гепатитів у світі перевищує смертність від ВІЛ/СНІД / Центр громадського здоров'я МОЗ України. Отримано з: <https://phc.org.ua/news/kilkist-smertey-vid-virusnikh-gepatitiv-u-sviti-perevischue-smertnist-vid-vilsnid>

Ляшко, В. (2023). Система охорони здоров'я впевнено тримає медичний фронт 12.02.2023. *УКРІНФОРМ*. Отримано з: krinform.ua/rubric-society/3668211-viktor-lasko-ministr-ohoroni-zdorova-ukraini.htm?fbclid=IwAR100AIXLSIWEQE1NcbCAPrSSWr8TQIZ-OIxHL7IfCmtW0h71xR01Wvx90w

Рівера, Х. (2022). Як повномасштабне вторгнення вплинуло на допомогу людям, які живуть з ВІЛ / Центр громадського здоров'я МОЗ України. Отримано з: https://lb.ua/blog/abramovska/537733_yak_povno_masshtabne_vtorgnennya.html

Ситуаційний звіт станом на 10.06.2022 / Альянс громадського здоров'я. Отримано з: https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2022/06/APH_WarSitRep_IDP_hepatitis_10.06.2022_ukr.pdf

Статистика з туберкульозу на 01.10.2022 / Центр громадського здоров'я МОЗ України. Отримано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb>

Статистичний щорічник України за 2021 рік / Державна служба статистики України. Отримано з: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/11/Yearbook_2021.pdf

Fighting Pandemics and Building a Healthier and More Equitable World. Global Fund Strategy (2023–2028). Отримано з: https://www.theglobalfund.org/media/11612/strategy_globalfund2023-2028_narrative_en.pdf

Honneth, A. (2014). The Diseases of Society. *Social Research*, Vol. 81, №. 3. pp. 683–703.

Lam, M. E. (2021). United by the global COVID-19 pandemic: divided by our values and viral identities. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8, 31. From: <https://www.nature.com/articles/s41599-020-00679-5>

Parsons, T. The social system. Glencoe (IL): Free press. 448 p. Available at SSRN <https://voidnetwork.gr/wp-content/uploads/2016/10/The-Social-System-by-Talcott-Parsons.pdf>

Rosenberg, C. E. (1998). Pathologies of Progress: The Idea of Civilization as Risk. *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 72, №. 4. pp. 714–730.

Selye, H. (1984). The Stress of Life. New York: McGraw-Hill Book Company. 544 p.

Sigerist, H. E. (1958). Medical Sociology: The Contributions of Dr. Henry E. Sigerist *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. Vol. 13, № 2, p. 214–228.

Toffler, E. (1980). The Third Wave. New York. 552 p.

Wilson, E. (1975). Sociobiology: a New Synthesis. Belknap Press. 697 p.

Winslow, C.-E. A. (1958). The Relations of Public Health Science to Other Sciences, *New Series*, Vol. 51, №. 1306, pp. 23–33.

Розділ 4

МОДЕЛІ ПОВЕДІНКИ УРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ПОШИРЕННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЕКСПЕРТНОГО ОПИТУВАННЯ)

Поширення соціально небезпечних хвороб, таких як ВІЛ-інфекція, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), туберкульоз (ТБ) та гепатити В і С, детерміновано не лише медичними, медико-соціальними, економічними, соціальними, культурними тощо факторами, а й поведінковими. Тому профілактику зазначених захворювань доцільно доповнити втручаннями, спрямованими на корекцію індивідуально-психологічних і поведінкових аспектів ризикованої поведінки. Найбільша ефективність профілактичних втручань досягається у тому випадку, якщо вони базуються на результатах поведінкових досліджень.

Соціально-поведінкові дослідження є складовою системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД, ІПСШ, ТБ, гепатитів. Їхня мета – відстежити тенденції змін у поширенні інфекцій та отримати інформацію про потенційні поведінкові чинники, що зумовлюють поширення соціально небезпечних хвороб у суспільстві, а також використовувати цю інформацію для інформаційно-освітньої діяльності, планування, моніторингу та оцінки ефективності профілактичних програм серед ключових груп.

Сьогодні Україна має досвід проведення поведінкових досліджень серед представників груп високого рівня інфікування ВІЛ, ІПСШ,

ТБ, гепатитів. Так, з 1996 р. проводяться дослідження, спрямовані на вивчення особливостей поведінки та поінформованості про ВІЛ/СНІД, профілактичних програм для споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), жінок комерційного сексу (ЖКС), ув'язнених, чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ) та ін. Моніторингові дослідження серед окремих груп ризику супроводжувалися паралельним проведенням тестування крові на ВІЛ та інших маркерів за допомогою швидких тестів (біоповедінкові дослідження) [Соціально-поведінкові дослідження, 2016].

Упродовж 2004–2019 рр. у місцях позбавлення волі було організовано низку соціологічних і біоповедінкових досліджень щодо ВІЛ, туберкульозу, гепатитів серед засуджених. З 2007 р. став можливим аналіз підліткової групи СІН, ЖКС і ЧСЧ, у 2008 р. уперше було проведено соціально-поведінкове дослідження підлітків, які живуть та працюють на вулиці.

У світі лідируючі позиції з розробки цієї проблематики належать таким вченим, як Т. Парсонс, Д. Портер та ін. Серед вітчизняних фахівців варто відмітити таких дослідників, як І. Хожило, Т. Семігіна, О. Вовкогон, Ю. Фещенко.

Водночас вивчення причин, що зумовлюють активне поширення соціальних хвороб саме в українському суспільстві, моделей поведінкових стратегій населення в цих умовах, поведінки в напрямі профілактики соціальних захворювань як ефективного елементу механізму самозбереження здоров'я населення / зайнятого населення України, залишається малодослідженою сферою наукових пошуків.

Дослідження поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, з метою вироблення стратегій щодо зміни даної поведінки у разі потреби, ґрунтується на вивченні низки поведінкових моделей теорії соціальної мотивації та когнітивно-біхевіоральному підході. Загальносоціологічний підхід у дослідженні конкретизовано в концепції самозбережувальної поведінки.

Поведінковий фактор, що розглядається в рамках концепції самозбережувальної поведінки, характеризується двома основними стимулами турботи про здоров'я – погіршенням здоров'я та страхом перед захворюванням, які мають лікувальну, а не профілактичну спрямованість. Поведінковий фактор опосередковує дію решти чинників. Соціально-економічні чинники, що посідають одне з про-

відних місць в зумовленості стану здоров'я, справляють не тільки поточний, а й пролонгований вплив. Серед цих факторів найбільш значущими для здоров'я є матеріальне становище, екологічна ситуація, якість харчування.

Поведінка у сфері здоров'я є результатом загальноприйнятої діяльності, що не потребує докладання особливих зусиль і зумовлена існуючими у суспільстві соціальними нормами. І саме така поведінка має більш стійкий характер порівняно з моделями поведінки, що базуються на свідомій мотивації індивіда. Усе це суттєво ускладнює вивчення поведінкових показників здоров'я та факторів, що його зумовлюють. Тим не менш, існує набір традиційних показників, що характеризують ставлення індивіда до свого здоров'я: самооцінка здоров'я; медична поінформованість; місце здоров'я у системі життєвих цінностей; наявність у індивіда шкідливих звичок, пов'язаних з курінням, вживанням алкоголю та наркотиків; екологічні установки; наявність стресів тощо.

Ставлення людини до здоров'я зумовлено об'єктивними обставинами та суб'єктивними факторами й проявляється у діях, вчинках, вербально відображається у думках і судженнях людей щодо факторів, що впливають на їх фізичний та психічний добробут. Ставлення до здоров'я включає суб'єктивну оцінку, або самооцінку, людиною свого фізичного і психологічного стану, що є свого роду індикатором і регулятором її реальної та вербальної поведінки. Самооцінка як структурний компонент ставлення до здоров'я, як оцінка та усвідомлення особистістю своїх фізичних і духовних сил безпосередньо взаємопов'язана з цілісною самооцінкою людиною самої себе, своїх можливостей та якостей, усвідомленням життєвої перспективи та місця серед інших людей, що, власне, й зумовлює її регуляторну функцію.

Аналіз соціологічної літератури, присвяченої вивченню поведінкових особливостей щодо здоров'я та здоров'язбереження, дає підстави припустити, що одним із найбільш валідних і «чутливих» способів оцінки цих процесів серед ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ТБ, ВІЛ, гепатиту, ІПСШ, може вважатися структурно-функціональний підхід, який передбачає вивчення функціональних залежностей між поведінковими стандартами щодо здоров'я та структурою захворюваності, підтримки

фізичного та психічного здоров'я в умовах поширення соціально небезпечних хвороб. Введений у теоретичний простір соціологічних парадигм Т. Парсонсом і Р. Мертоном [Мертон, 1992, с. 118–124], суттєво доповнений і вдосконалений до цього часу вітчизняними та зарубіжними дослідниками, він уможливив визначити ключові позиції соціальних процесів, що лежать в основі формування здоров'язберігаючої поведінки та піддати теоретичному осмисленню взаємозв'язок поведінкових стереотипів з об'єктивним станом здоров'я ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ТБ, ВІЛ, гепатитом, ПСШ. Зіставлення отриманих даних з теоретичними моделями «переконань про здоров'я», «інформації – мотивації – навичок» та іншими теоретичними конструктами дає змогу глибше осмислити процес, що вивчається, і, можливо, збагатити їх новими емпіричними підкріпленнями.

Теоретичні концепції, що описують механізми ризикованої поведінки, базуються на соціально-когнітивному підході. Поведінка, з погляду цього підходу, взаємозалежна та взаємозумовлена зовнішніми та внутрішніми факторами. До внутрішніх чинників різні автори відносять: вікові та особистісні особливості, специфіку перебігу біологічних, емоційних і когнітивних процесів, встановлення та переконання, суб'єктивні оцінки ризикованості тієї чи іншої поведінки. Також важливу роль детермінації поведінки відіграють зовнішні чинники. Дії кожної людини, той чи інший особистий вибір завжди здійснюються у певному соціокультурному контексті, у поведінковому середовищі, створюваному очікуваннями інших людей, правилами та нормами суспільного життя, а також можливістю безкарного порушення державних законів. Не варто недооцінювати і рівень формуючого впливу громадських груп, сім'ї, соціального середовища та особистої культури на індивідуальні моделі поведінки людини. А також соціально-економічні, фінансові, медичні та інші фактори.

На поведінку людей можуть негативно впливати фактори, які найчастіше недостатньо враховуються у процесі розробки та реалізації стратегій та організації послуг або у правилах поведінки медичних працівників. До таких чинників відносять такі, як: недостатня грамотність у питаннях здоров'я, системи переконань, що суперечать одна одній, відчуття страху, недовіри та невизначеності, неправильно витлумачена інформація, відчуття незручності або досвід непо-

важного ставлення чи дискримінації. Найчастіше дії цих факторів, що перешкоджають досягненню оптимального стану здоров'я, можна запобігти або нейтралізувати, сформувавши більш повне уявлення про їх соціальні, поведінкові та культурні засади [Здоровые модели поведения: больше внимания..., 2019].

Фактори, що перешкоджають або сприяють здоровій поведінці, можуть виявлятися на індивідуальному, культурному чи структурному рівні, і можуть бути пов'язані з рівнем наших знань, культурними традиціями чи можливостями, які забезпечують нам наше оточення та система охорони здоров'я. Людина може бути згідною з тим, що вакцинація допомагає запобігати вірусним захворюванням, але вона десь почула, що вакцини можуть завдавати шкоди здоров'ю, і не довіряє органам охорони здоров'я. Розуміння основних чинників, які перешкоджають або сприяють здоровій поведінці, надає неоціненну допомогу розробникам політики у виробленні більш оптимальних заходів, які матимуть більш актуальне значення для населення, будуть більш ефективними та здійсненними з практичного погляду [Флагманская инициатива ВОЗ..., 2019].

Для більш глибокого розуміння факторів поширення соціально небезпечних хвороб в українському суспільстві, а також розкриття змісту, структури та спрямованості поведінкових стратегій населення в умовах поширення соціально небезпечних хвороб було важливим проведення співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України в червні–серпні 2022 р. експертного опитування серед фахівців Центрів громадського здоров'я, медичних закладів, неурядових організацій, науковців. Загалом у якості експертів було опитано 50 осіб.

Проведене експертне опитування дало змогу виявити тип / модель поведінки щодо власного здоров'я, який є характерним для більшості населення України, взаємозв'язок між моделями / типами поведінки ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ТБ, ВІЛ, гепатитами, ПСШ, і факторами, які вплинули на формування цих моделей / типів, інтервенції, що сприяють зміні ризикованої та пасивної поведінки груп ризику на здоров'язберігаючу, та рекомендації для органів державного управління, у тому числі у сфері охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях, щодо протидії поширенню соціально небезпечних хвороб.

На запитання «Який тип поведінки щодо власного здоров'я є характерним для більшості населення України?» переважна більшість (39 осіб, або 78%) експертів відповіли, що пасивний тип, тобто коли людина орієнтується на мінімальну активність у підтримці власного здоров'я і рекомендації.

Лише 5 (або 10%) експертів зазначили, що для більшості населення України характерний ризикований тип (поведінка, яка створює загрозу для здоров'я та життя людини: шкідливі звички, незахищені сексуальні контакти, невиправданий ризик для здоров'я), ще менше 2 (або 4%) експерта вказали на виважений тип (орієнтується у підтримці власного здоров'я переважно на себе, а не на інститут охорони здоров'я; намагається не приймати ліки й обмежуватися природними засобами) і жодний експерт не вказав на здоров'язберігаючий / безпечний тип (виключає з власного життя шкідливі звички й орієнтується на щорічні ретельні обстеження, виконує рекомендації лікаря) як тип поведінки характерний для більшості населення (рис. 12).

За даними моніторингу Інституту соціології НАН України, здоров'я завжди було однією з основних цінностей людини. Про значущість міцного здоров'я свідчить те, що при оцінці ступеня важли-



Рисунок 12. Розподіл відповідей експертів на запитання «Який тип поведінки щодо власного здоров'я є характерним для більшості населення України?», %

вості цієї фундаментальної цінності у свідомості українців середній бал у різні роки коливався в межах від 4,7 до 4,9, але ніколи не був нижчим протягом усіх років спостережень (табл. 1) [Українське суспільство: моніторинг соціальних змін, 2020].

Таблиця 1

**Суб'єктивні оцінки ступеня особистої важливості
для респондентів міцного здоров'я (у балах)**

Міцне здоров'я	2002	2003	2006	2009	2012	2014	2016	2018	2020
Середній бал*	4,8	4,9	4,8	4,8	4,7	4,7	4,8	4,8	4,7

* Середній бал розраховано для 5-бальною шкалою, де 1 – означало «зовсім не важливо», а 5 – «дуже важливо». Відповідно, чим вищим є середній бал (чим ближче він до 5), тим більшою є міра важливості відповідних складових життя. Середній бал розраховано для тих респондентів, які дали відповідь на поставлене запитання (без урахування не відповідей).

Отже, незважаючи на те, що люди розглядають здоров'я як життєву цінність, частка осіб, які активно дбають про своє здоров'я, трохи перевищує 50%, інші ставляться до свого здоров'я пасивно й не роблять жодних дій для його підтримки. Половина опитаних (50,2%), за даними дослідження «Індекс здоров'я. Україна», відповіли, що посередньо піклуються про своє здоров'я. Трохи більше третини опитаних (37,2%) сказали, що піклуються про своє здоров'я скоріше добре, і 4,3% – дуже добре. Менше 10% опитаних вважали, що піклуються про своє здоров'я погано (5,4%), або зовсім не піклуються (3,0%). У середньому українці оцінили піклування про своє здоров'я на 3,3 бала з п'яти [Поведінкові детермінанти здоров'я..., 2019].

Зіставлення даних опитування «Індекс здоров'я. Україна» з результатами інших досліджень, проведених раніше [Здоров'я та самопочуття українців, 2017; Семигіна, Романова, Белишев, 2010, с. 139–149], свідчить, що здоровий спосіб життя та його соціальна якість (як поведінка, що залежать від самої людини) продовжують залишатися другорядними порівняно з зовнішніми чинниками, що від людини не залежать. Як і раніше, переважна більшість дорослих українців не готові брати на себе відповідальність за збереження та

зміцнення стану свого здоров'я й робити вибір на користь здорового способу життя і профілактичних заходів.

Незважаючи на те, що декларативно здоров'я в системі цінностей дуже часто виявляється на першому місці, його реальні складові, що забезпечують високий рівень здоров'я, не посідають високого місця. Необхідність ведення здорового життя усвідомлюється багатьма. Але за цим розумінням рідко стоять реальні дії, що пояснюється небажанням змінювати усталені звички, стереотипи поведінки. На жаль, найчастіше лише екстремальні ситуації (такі як важка хвороба, життєва криза) здатні спонукати людину до зміни способу життя, прийняття відповідальності за своє здоров'я.

Серйозна причина несприятливих тенденцій у сфері громадського здоров'я виявляється у парадоксальному характері ставлення сучасної людини до власного здоров'я. Цінність його належить до вищих життєвих цінностей та проголошується як безумовна норма нашого життя. У системі життєвих цінностей здоров'я як термінальна базова цінність, згідно з різними вітчизняними й зарубіжними дослідженнями, зазвичай слідує за «сім'єю» та «роботою». Більш поглиблене вивчення цього питання, однак, показало, що здоров'я посіло високе місце у структурі цінностей тому, що, як якісна характеристика особистості, воно сприяє досягненню багатьох цілей і задоволенню різних потреб людини. В умовах нинішньої економічної та соціальної реальності воно іноді виступає як єдиний засіб реалізації поставлених завдань. Здоров'я дедалі більшою мірою перетворюється на об'єкт експлуатації, а його цінність стає все більш інструментальною [Сочнев, 2007].

Ставлення до здоров'я розглядається як сформована система індивідуальних, вибіркових зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, які або сприяють, або загрожують здоров'ю людини. Воно відображає суб'єктивну оцінку індивіда свого фізичного і психічного стану. Як один з елементів самозбережувальної поведінки людини ставлення до здоров'я включає ряд компонентів: когнітивний, емоційний і мотиваційно-поведінковий. Когнітивний або пізнавальний компонент відображає знання людини про своє здоров'я, розуміння його значення і цінності в забезпеченні нормальної життєдіяльності, знання різних факторів, які можуть як позитивно, так і негативно вплинути на здоров'я людини. Емоційний компонент

визначає характер і зміст різних переживань людини, пов'язаних зі станом її здоров'я, а також з особливостями психоемоційних станів, які зумовлені змінами фізичного або психічного стану.

Мотиваційно-поведінковий компонент характеризує місце чинника здоров'я в структурі спрямованості особистості і цінностей людини як термінальних, так і інструментальних, особливості мотивації і прагнень до здорового способу життя, а також відображає особливості поведінки, які сприяють зміцненню здоров'я або завдають йому істотної шкоди і збитків. Різні компоненти ставлення до здоров'я виступають як внутрішній механізм саморегуляції діяльності та поведінки людини. Наскільки такі компоненти стійкі або мінливі, настільки ж багато в чому формуватиметься позитивне ставлення до здоров'я, що уможливить особистості підтримувати власну надійність, долати перешкоди, реалізовувати прагнення до підтримання та зміцнення свого здоров'я [Толкунова, Гринь, Смоляр, Голець, 2018].

4.1. Ключові групи населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ТБ, ВІЛ, ІПСШ, гепатитами

Серед населення поведінковий ризик розподіляється нерівномірно. У середньому поведінка одних груп населення або угруповань може бути пов'язана з вищим ступенем ризику, ніж інших. Дані про те, які саме групи чи спільноти виявляються вразливими, можуть значно змінюватися від країни до країни та вимагати уточнення на місці в сенсі з'ясування зайнятості, міграційного статусу, сексуальної орієнтації, географічного розташування, рівня доходів чи будь-яких інших факторів. Поведінкові дані можуть допомогти у виявленні груп або спільнот, схильних до ризику на місцях, і дати уявлення про можливі шляхи передачі вірусу в разі неприйняття заходів щодо припинення його поширення.

Крім того, вони можуть вказувати на рівень поведінки, пов'язаної з ризиком, у суспільстві загалом, а також на поведінкові «містки» між населенням загалом та більш уразливими групами. У разі міцності цих «містків» раннє стримування передачі ВІЛ у вразли-

вих групах чи спільнотах стає невідкладним та критично важливим компонентом у справі уповільнення поширення вірусу серед населення загалом [Сбор поведенческих данных для национальных программ..., 2001].

Поведінкові дані – джерело інформації для розробки ефективних програм і визначення їхньої спрямованості. Країни здійснюють моніторинг епідемії ВІЛ для того, щоб уповільнити поширення вірусу за допомогою ефективних профілактичних програм. Ефективною є така профілактика, яка дає змогу людям перейти до безпечніших форм поведінки та захиститися від ризику поведінки своїх партнерів. Однак для ефективної профілактики недостатньо лише знати, хто наражається на ризик. Необхідно знати, чому ці люди поведуться таким чином, спонукати їх зменшити ступінь ризику, прищепивши їм знання та навички профілактики, забезпечивши ширший і прийнятний для них доступ до засобів профілактики, а також створивши соціальні та політичні умови, які б допомогли їм змінити свою поведінку. За таких умов виникає серйозна необхідність якісних даних, що дають змогу виявити та прояснити детермінанти ризику в конкретних групах населення та ситуаціях. Без хорошого розуміння контексту і форм поведінки, пов'язаної з ризиком, у кожній конкретній уразливій групі населення чи ризикованій ситуації, неможливо забезпечити й ефективно підтримувати відповідну безпечну альтернативну поведінку. Тож дані поведінкових досліджень можуть допомогти співтовариствам і розробникам програм сформулювати ініціативи, які точно спрямовані на руйнування певних ланок у ланцюгу передачі вірусу в конкретній країні, регіоні або групі.

Крім того, дослідницькі поведінкові дані можуть кількісно показувати, хто саме наражається на найбільший ризик зараження або передачі, наприклад ВІЛ-інфекції, і чому. Вони можуть слугувати документальним підтвердженням рівнів ризику в конкретних спільнотах, які найбільш схильні до швидкого поширення ВІЛ, або виявляти характерні особливості осіб, які наражаються на найбільший ризик, уможливлюючи визначати пріоритетність профілактичних заходів та уточнювати їх спрямованість з метою забезпечення максимального впливу.

Зміни у поведінці допомагають пояснити зміни в поширеності ВІЛ. Як зазначалося, зміна поведінки та пов'язане з цим зменшення

кількості нових випадків ВІЛ-інфікування – лише одна з можливих причин зміни показників поширеності ВІЛ. Це, звичайно, найбільш обнадійливе пояснення для тих, хто намагається уповільнити поширення вірусу. Однак без збору даних, що простежують поведінкові тенденції, з часом фахівці з оцінки програм не зможуть з'ясувати, чи впливає зміна поведінки на зміну показників поширеності ВІЛ [Сбор поведенческих данных для национальных программ по ВИЧ, СПИДу и ИППП, 1998]. Для оцінки поширеності ВІЛ та інших соціально небезпечних хвороб, а також оцінки впливу профілактичних програм на зміну ризикованої поведінки на здорову поведінкові дослідження мають стати регулярними, а поведінкові дані мають бути задокументовані й осмислені.

Перш ніж розглянути оцінки експертів щодо запитання «Який тип поведінки щодо власного здоров'я є характерним для ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ТБ, ВІЛ, гепатитом, ПСШ?», розглянемо, що розуміється під терміном «ключові групи населення, які перебувають у зоні ризику інфікування» і шляхи інфікування.

Згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 р.» від 27 листопада 2019 р. № 1415-р ключові групи населення – групи населення, визначені відповідно до рекомендацій МОЗ, які з урахуванням певних поведінкових практик, фізичних і психофізіологічних станів та інших умов, що доказово впливають на підвищені ризики інфікування ВІЛ-інфекцією, вірусними гепатитами або туберкульозом, є пріоритетними під час формування та впровадження заходів з реалізації Стратегії [Про схвалення Державної стратегії..., 2019].

Під ключовими групами населення в цьому дослідженні розуміємо:

1) соціально та економічно незахищену групу населення, схильність якої до несприятливих соціальних, економічних або медичних факторів вища, ніж у населення в цілому;

2) групу осіб, у якій кожен має деякі спільні характеристики, що можуть позначитись на стані здоров'я [МіО в сфері громадського здоров'я, 2016] (наприклад, що мають найбільшу ймовірність контакту з ВІЛ-інфекцією або її передачі тощо). У нашому дослідженні

спільні характеристики – це перебування у зоні ризику інфікування ТБ, ВІЛ, гепатитами, ПСШ.

Питання віднесення осіб до певної групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ не має єдиних універсальних критеріїв. У різних країнах розробляються свої конкретні стандарти віднесення осіб до таких груп. Критерії різних країн можуть відрізнятися через специфіку епідеміологічної ситуації, поведінкові особливості населення та безпосередні завдання конкретного дослідження, яке дає можливість зібрати дані щодо поведінкових практик населення конкретної країни.

Поняття «групи ризику» у формулюванні «групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» охарактеризовано у підпункті 4 пункту 1 статті 1 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [Про протидію поширенню хвороб..., 1992] так: «групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ – це групи населення, яким з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їхнього оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ. Визначення та перегляд переліку таких груп здійснюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я з урахуванням критеріїв та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я».

Згідно з наказом МОЗ України №104 від 08.02.2013 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищення ризику щодо інфікування ВІЛ» [Критерії визначення..., 2013] критеріями віднесення осіб до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ є такі форми поведінки:

- вживання наркотичних і психотропних речовин ін'єкційним способом з використанням спільних шприців, голок для ін'єкцій та наркотичних засобів;
- статеві стосунки з більш ніж одним партнером без використання засобів захисту, в тому числі за винагороду;
- анальні статеві стосунки без використання засобів захисту, в тому числі за винагороду.

Отже, до груп підвищеного ризику інфікування **ВІЛ** за цими критеріями можна віднести:

- споживачів ін'єкційних наркотиків (людей, що вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН));
- осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду (секс-працівники (СП));
- чоловіків, що мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ);
- статевих партнерів – споживачів ін'єкційних наркотиків;
- клієнтів секс-працівників;
- статевих партнерів ЧСЧ.

За умови застосування однієї з вищенаведених форм поведінки, до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ також можуть бути віднесені особи, що перебувають у складних життєвих обставинах, а саме:

- особи, які утримуються в установах виконання покарань;
- безпритульні;
- іммігранти;
- звільнені від відбування покарань у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк;
- безпритульні та бездоглядні діти, у тому числі діти з родин, що перебувають у складних життєвих обставинах, та діти, які не отримують належного батьківського піклування [Про протидію поширенню хвороб..., 1992].

Під ризикованою поведінкою в експертному опитуванні розуміється поведінка, яка створює загрозу для здоров'я та життя людини: шкідливі звички, незахищені сексуальні контакти, неоправданий ризик для здоров'я.

За визначенням ВООЗ і ЮНІСЕФ, ризикована поведінка – це звички і стереотипи поведінки, які збільшують ризик інфікування ВІЛ, ППСШ, а також імовірність незапланованої вагітності.

Під вразливістю до ризику отримання ВІЛ-інфекції, за визначенням ВООЗ, розуміється:

- ступінь нездатності окремо взятої людини або суспільства в цілому контролювати ризик отримання ВІЛ-інфекції;
- відсутність вибору безпечної моделі поведінки, що веде до ризику інфікування ВІЛ.

Уразливість збільшує вірогідність погіршення здоров'я. Існує безліч соціальних і контекстуальних факторів, які роблять людей вразливими до ВІЛ-інфекції. *Уразливі групи* – спільноти людей, які з

різних причин виявилися *нездатними контролювати* певні обставини свого життя [Гендерний підхід, 2016].

ВІЛ-інфекція (хвороба викликана вірусом імунодефіциту людини) – інфекційне хронічне захворювання, що характеризується ураженням імунної системи, що приводить до її повільного руйнування. Найбільш пізньою стадією ВІЛ-інфекції є синдром набутого імунодефіциту (СНІД), який розвивається у людини через 2–15 років на тлі вираженого імунодефіциту.

Для розуміння типів / моделей поведінки ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ВІЛ, доречним є окреслення / визначення шляхів передачі ВІЛ:

- статевий (як при гомо-, так і гетеросексуальних статевих контактах). Випадкові статеві зв'язки (близько 80% людей, які живуть з ВІЛ, заразилися саме при незахищеному сексі);
- ін'єкційний шлях (внутрішньовенне введення наркотиків) – при використанні загального посуду, голки або шприців при введенні наркотичних речовин;
- від ВІЛ-інфікованої матері до дитини (під час вагітності, під час пологів і при грудному вигодовуванні);
- при використанні нестерильного інструментарію під час нанесення татувань; при проведенні косметичних, манікюрних і педикюрних процедур, пірсингу;
- при медичних інвазивних втручаннях у лікувально-профілактичних установах (інфікування ВІЛ може відбутися під час переливання крові, її компонентів, пересадки органів і тканин, використання донорської сперми, донорського грудного молока від ВІЛ-інфікованого донора, а також через медичний інструментарій для парентеральних втручаннях, виробу медичного призначення, які контаміновані ВІЛ і не пройшли обробки відповідно до вимог нормативних документів).

Щодо груп ризику захворювання на **ПСПШ**, то результати дослідження існуючих трендів захворюваності й поширеності соціально небезпечних хвороб, що передаються статевим шляхом, виявили їх зіставлення із загальносвітовими тенденціями щодо ВІЛ-інфекції, тобто перелік осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на ПСПШ збігається частково з переліком осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на ВІЛ, ще додатково до

цього переліку додаються особи, які мають інфекції, що передаються статевим шляхом – це специфічні захворювання, які спричиняються різними мікроорганізмами та передаються під час статевого контакту.

Інфекції, що передаються статевим шляхом – ППСШ – найбільша медична і соціальна проблема сучасного суспільства в усьому світі. За оцінкою ВООЗ, щорічно в усьому світі понад 340 млн чоловіків і жінок віком 15–49 років хворіють на ППСШ; на земній кулі кожен шостий житель страждає на хворобу, що передається статевим шляхом.

До ППСШ відносять: сифіліс, гонорею, хламідійну і мікоплазменну інфекцію, трихомоніаз, герпетичну і папіломавірусну інфекцію статевих органів. Крім того, під час статевих контактів, крім ППСШ, передаються вірусні гепатити В і С, а також деякі інші захворювання (короста, лобкові воші, контагіозний моллюск). ППСШ, збудниками яких є понад 30 різних бактерій, вірусів, грибків і паразитів, поширюються головним чином внаслідок незахищених сексуальних контактів, як-от вагінальний, анальний і оральний секс. Деякі ППСШ можуть передаватися під час звичайного тілесного контакту, через мікропошкодження шкіри і навіть побутові предмети. Мікроорганізми, що спричиняють ППСШ, можуть також поширюватися під час переливання продуктів крові та пересадки тканин. Багато інфекцій, зокрема хламідіоз, гонорея, гепатит В, ВІЛ, папіломавірус, ВПГ-2, сифіліс, можуть передаватися від матері дитині під час вагітності та пологів [Інфекції, що передаються статевим шляхом (ППСШ), 2017].

До переліку осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на **туберкульоз** (ТБ) згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.05.2014 № 327 належали:

- ВІЛ-інфіковані особи;
- особи, які контактують з хворими на туберкульоз (сімейні чи професійні контакти);
- особи із захворюваннями, що призводять до послаблення імунітету;
- курці, особи, що зловживають алкоголем чи вживають наркотики;
- іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз;

- особи, що перебувають за межею бідності, безробітні;
- особи без визначеного місця проживання;
- пацієнти психіатричних закладів;
- затримані та особи, які перебувають під вартою при відправленні їх до ізоляторів тимчасового тримання, особи, які утримуються або звільнились з установ виконання покарань, а також особи, щодо яких встановлено адміністративний нагляд;
- працівники пенітенціарних установ, психіатричних закладів і працівники закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на туберкульоз особами, проводять відповідні дослідження та аналізи [Перелік осіб..., 2014].

Але цей Перелік *втратив чинність на підставі наказу Міністерства охорони здоров'я № 302 від 16.02.2022* «Про затвердження Порядку організації виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції» [Про затвердження Порядку..., 2022]. Згідно з цим наказом «**група ризику розвитку ТБ** – будь-яка група людей, у яких поширеність або захворюваність на туберкульоз значно більша, ніж у загальній популяції». Цей документ врегульовує питання про те, хто і як має діяти в різних ланках медицини для виявлення у пацієнтів туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції.

Дія цього Порядку поширюється на заклади охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) незалежно від форми власності та організаційно-правової форми діяльності, фізичних осіб – підприємців (далі – ФОП), які зареєстровані в установленому законодавством порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, підприємства, установи та організації, що належать до сфери управління центральних органів виконавчої влади та надають медичну допомогу. Документ чітко роз'яснює розділення обов'язків між надавачами медичних послуг і порядок взаємодії між ними у виявленні туберкульозу і латентної туберкульозної інфекції, зокрема, сімейними лікарями, вторинною ланкою медицини та профільними протитуберкульозними закладами.

Туберкульоз – інфекційне захворювання, що викликається *Mycobacterium tuberculosis*. Найчастіше уражає легені та у цій формі є заразним, але може вражати майже всі системи та органи, окрім волосся, нігтів та зубів. Основним шляхом передання туберкульозу є повітряний (аерогенний, аерозольний). Передання туберкульозу

відбувається через інфекційний аерозоль, який утворюється під час кашлю, гучної розмови, сміху та плачу.

Аліментарний шлях зараження реалізується під час вживання в їжу (частіше постійно) термічно не оброблених молочних продуктів від хворих тварин. Під час вживання продуктів, виготовлених або реалізованих хворими на туберкульоз або під час користування спільним посудом із контагіозним хворим на туберкульоз, зараження неможливе. Адже в такому разі рівень концентрації мікобактерій недостатній. Тож дезінфекція посуду не знижує ризику зараження туберкульозом.

Контактне зараження може відбуватися шляхом потрапляння інфікованого мокротиння на ушкоджену шкіру або слизові оболонки. Наслідком чого є виникнення туберкульозного ураження шкіри або слизової оболонки ока. Запобігання випадкам контактного передавання туберкульозної інфекції здійснюється відповідно до Порядку проведення екстреної постконтактної профілактики у працівників при виконанні професійних обов'язків, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 листопада 2013 р. № 955 [Про затвердження нормативно-правових..., 2013], зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 20 листопада 2013 р. за № 1980/24512 [Про затвердження Стандарту..., 2019].

До переліку ключових груп ризику щодо інфікування **вірусними гепатитами** належать:

- реципієнти крові та її компонентів, якщо кров перед переливанням перевіряється не на належному рівні. Наразі вся кров, яка переливається, ретельно перевіряється, проте це було не завжди. Тому всім, хто отримував переливання крові до 2000 р., рекомендовано пройти обстеження на ВГ;
- люди, які вживають наркотики. Особливо високий ризик мають люди, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом та можуть користуватись нестерильними або чужими шприцями, купувати наркотичні речовини у набраному шприці або використовувати спільний посуд для приготування наркотиків;
- діти, народжені матерями з ВГС та/або ВГВ. Приблизно у 40% немовлят, народжених від ВГВ-інфікованих матерів, у разі відсутності імунопрофілактики, існує ризик розвитку хронічної ВГВ-інфекції;

- особи, які перебувають у місцях позбавлення волі, мають підвищений ризик інфікування ВГ внаслідок вживання наркотиків, користування спільними лезами для гоління, зубними щітками, ножицями, а також у результаті татуювання, яке здійснюється багаторазовим інструментом;
- люди, які роблять татуювання та пірсинг, отримують косметологічні послуги, які можуть супроводжуватися контактом з інфікованою кров'ю інших людей. Зазначений ризик існує, якщо використовується неналежним чином стерилізований інструментарій, на якому лишаються частки крові;
- медичні працівники, які контактують з кров'ю та іншими біологічними рідинами пацієнтів;
- інфікування гепатитом В і С також може бути пов'язаним з професійними ризиками, оскільки медичні працівники перебувають у групі ризику та можуть інфікуватися при виконанні професійних обов'язків, зокрема, при випадковому пораненні голками та інструментарієм, що може містити сліди крові;
- люди, які подорожують у країни з високою поширеністю ВГВ;
- люди, які живуть з ВІЛ. Загальносвітовий показник поширеності вірусних гепатитів серед ЛЖВ вищий, ніж показник серед загального населення [Гепатити В та С як загроза громадському здоров'ю, 2020].

Основними шляхами інфікування ВГВ і ВГС є парентеральний (при контакті з інфікованою кров'ю, забрудненими нею інструментами), статевий, перинатальний. Ризик інфікування внаслідок уколу голкою або порізу предметом, де були сліди крові, зараженої ВГВ чи ВГС, становить 6–30% і 1,8% відповідно. Ризик інфікування внаслідок контакту зараженої крові зі слизовими оболонками очей, носа або рота невідомий, але вважається дуже низьким [Occupationally-Acquired Infections...].

Зокрема, шляхами передавання гепатиту В є:

- від матері до дитини під час народження;
- незахищені статеві контакти;
- небезпечні медичні та інші маніпуляції, пов'язані з контактом з кров'ю (татуювання, пірсинг тощо);
- використання нестерильного ін'єкційного інструментарію при вживанні наркотиків;

– найкращий і найбільш ефективний спосіб запобігання інфікуванню ВГВ – це вакцинація.

Найпоширеніші шляхи передавання вірусу гепатиту С (HCV):

- небезпечні медичні та інші маніпуляції, пов'язані з контактом з кров'ю (татування, пірсинг тощо);
- використання нестерилізованих побутових і професійних приладів після інфікованої людини (зубні щітки, манікюрні ножиці, бритви тощо);
- використання нестерильного ін'єкційного інструментарію для вживання наркотиків;
- під час переливання крові та її компонентів.
- можливе також передавання інфекції під час незахищеного статевого контакту, але це відбувається набагато рідше. Крім того, ВГС може передаватися від матері до дитини. Вакцини проти гепатиту С не існує [Гепатит: шляхи передавання та профілактика, 2018].

Представники ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ВІЛ, ПСШ, ТБ і гепатитами (далі – групи ризику, наприклад: групи ризику інфікування ВІЛ), продовжують відчувати вплив сильної стигматизації та дискримінації, стикаються із законодавчими перешкодами та обмеженнями при доступі до послуг, і часто вирішення їх питань має низький рівень пріоритетності для системи громадського здоров'я, зокрема міністерств охорони здоров'я. У багатьох епідеміологічних умовах важливі послуги для цих груп надають організації у громаді. Критично важливим є покращення партнерства і зв'язків між організаціями у громаді та міністерствами охорони здоров'я. Справедливий доступ ключових груп населення до медичних послуг щодо ВІЛ, ПСШ, ТБ і гепатитів і супутніх проблем і надання таких послуг є надзвичайно важливим пріоритетом, який потребує адекватного внутрішнього та зовнішнього фінансування. Схожість груп ризику інфікування ВІЛ, ПСШ, вірусними гепатитами та туберкульозом в Україні дає змогу визначити основні фактори, які впливають на поведінку цих груп, і розпочати діяльність з профілактики цих інфекцій серед уразливих груп як складової зменшення шкоди.

4.2. Типи / моделі поведінки, характерні для ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ВІЛ, ІПСШ, ТБ, гепатитами

ВІЛ продовжує поширюватись у більшості країн світу. Знання про вірус розширюються, проте багато поведінкових аспектів епідемії, як і раніше, не повністю документовані й недостатньо осмислені. У багатьох випадках зміни рівня інфікування ВІЛ з часом не піддаються інтерпретації через те, що програми часто страждають на відсутність допоміжної інформації про зміни в поведінці. Іноді національні профілактичні програми складаються на основі обмежених уявлень про розміри різних груп населення, вразливі до ВІЛ, а також про природу та визначальні фактори ризику в цих групах. Вплив профілактичних програм на поведінку нерідко залишається незрозумілим, оскільки поведінкові дані не збираються чи відрізняються суттєвою неповнотою. Якоюсь мірою такі прогалини у знаннях притаманні самій природі ВІЛ.

Поширення вірусу відбувається переважно внаслідок поведінки, (сексуальної та пов'язаної зі споживанням наркотиків), що має приватний, іноді незаконний характер, що нерідко ускладнює відкрите його обговорення. Крім того, ці види поведінки вельми динамічні й іноді радикально змінюються протягом короткого періоду в міру того, як у країнах відбуваються соціальні та економічні зміни. Але саме поведінка є двигуном епідемії. Без зусиль, спрямованих на покращення розуміння цього та більш ретельний кількісний вимір, неможливо визначити, які групи населення наражаються на ризик інфікування, чи оцінити зміни в поведінці, які можуть збільшити або зменшити ризик інфікування чи вразливість щодо ВІЛ. У результаті це призведе до слабкого й непродуктивного використання наявних ресурсів за дуже обмеженої ефективності [Сбор поведенческих данных, 1998].

За оцінками більшості експертів, для груп ризику інфікування ВІЛ, ІПСШ *характерним є ризикований тип поведінки* щодо власного здоров'я (поведінка, яка створює загрозу для здоров'я та життя людини: шкідливі звички, незахищені сексуальні контакти, невинуватий ризик для здоров'я). Отже, більше половини (52%) екс-

пертів зазначили, що ризикований тип поведінки стосується груп ризику інфікування ВІЛ і половина (50%) експертів – груп ризику інфікування ІПСШ (рис. 13).

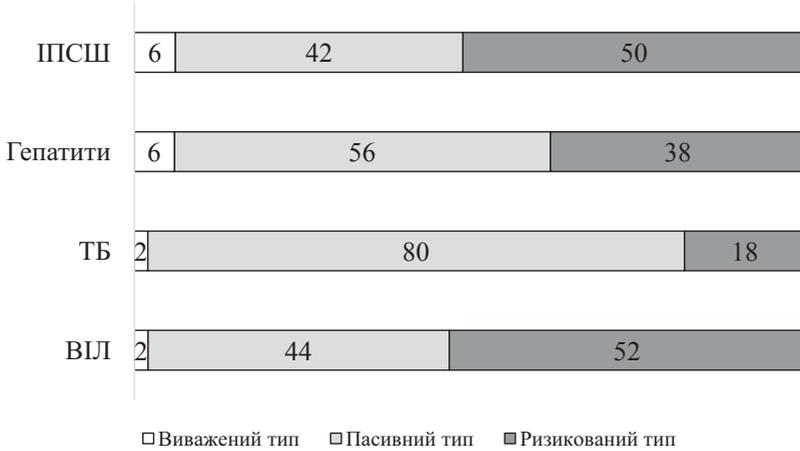


Рисунок 13. Розподіл відповідей експертів на запитання «Який тип поведінки щодо власного здоров'я є характерним для ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ТБ, ВІЛ, гепатитами, ІПСШ?», %

Менш характерними для груп ризику інфікування ВІЛ і ІПСШ є пасивний (орієнтується на мінімальну активність у підтримці власного здоров'я) тип – 44 % і 42% відповідно і зовсім мала частка (2% і 6%) експертів вказала на виважений (орієнтується у підтримці власного здоров'я переважно на себе, а не на інститут охорони здоров'я; намагається не приймати ліки й обмежуватися природними засобами) тип поведінки. Жодний експерт при цьому не згадав про здоров'язберігаючий / безпечний тип (виключає з власного життя шкідливі звички й орієнтується на щорічні ретельні обстеження, виконує рекомендації лікаря).

ВІЛ-інфекція/СНІД є класичним прикладом поведінкових антропонозних інфекційних захворювань. Уразливість окремого індивідуума або групи населення щодо ВІЛ зумовлена саме особливостями їх поведінки та поведінки їхнього оточення, що підвищує ризик кон-

такту з джерелом ВІЛ. В останні роки в Україні основною рушійною силою поширення ВІЛ-інфекції серед різних груп населення є ризикована сексуальна поведінка. Це призвело до того, що, за даними Українського центру профілактики та боротьби із СНІДом, з 2007 р. саме статевий шлях інфікування посідає основне місце серед нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в країні. Ризикована щодо інфікування ВІЛ та інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом, сексуальна поведінка зумовлена впливом соціально-культурних, психологічних та інших факторів, доступністю до медичних послуг тощо.

До ризикованої сексуальної поведінки відносять:

- секс без використання презерватива;
- орально-генітальні контакти без використання презерватива;
- початок сексуальної активності у молодому віці;
- наявність кількох сексуальних партнерів;
- секс із партнером високого ризику (мають кількох партнерів чи інфекції);
- анальний секс без використання презерватива;
- секс із партнером, який коли-небудь вживав наркотики внутрішньовенно;
- проституція.

Як впливає з даних опитування, респонденти, які мають особисті високі ризики інфікування, добре розуміють, що ризик зростає, якщо займатися сексом без презерватива, і самі доволі часто свідомі того, що мають підвищені ризики інфікування ВІЛ (у групі зі схильністю до ризикованих моделей поведінки ризик власного інфікування ВІЛ допускають 69%, серед решти – 61%) [Знання, ставлення, поведінка та практики щодо ВІЛ/СНІД, туберкульозу.... 2015]. Тобто справа не стільки в неусвідомленні ризиків, скільки в нехтуванні ними.

Щодо груп ризику інфікування ТБ і гепатитами, то переважна більшість (відповідно 80% і 56%) експертів характеризують їх тип поведінки як пасивний (орієнтується на мінімальну активність у підтримці власного здоров'я). Але неактивність або мінімальна активність у підтримці свого здоров'я – це також ризик. На те, що характерним для груп ризику інфікування ТБ і гепатитами є ризикований тип поведінки, вказали 18% і 38% експертів відповідно; на те, що

характерним є виважений тип поведінки – 2% і 6% експертів відповідно.

Отже, для ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ВІЛ і ІПСШ, характерним є ризикований тип поведінки, а для тих, хто перебуває у зоні ризику інфікування ТБ і гепатитами – пасивний тип поведінки, дотримання якої несе ризику інфікування цими хворобами.

4.3. Чинники, які впливають на поведінку груп ризику інфікування ВІЛ, ІПСШ, ТБ і гепатитами

Вивчення поведінкових факторів передбачає уявлення про фактори, що впливають на моделі й практики поведінки у царині здоров'я, та використання цього знання при розробленні більш ефективних заходів політики у цій галузі, послуг з охорони та зміцнення здоров'я, зокрема щодо соціально небезпечних хвороб. Ці чинники охоплюють широкий спектр умов, включно з індивідуальними можливостями та мотиваціями, культурними та соціальними практиками, соціальною підтримкою та чинними в суспільстві нормами, а також структурними передумовами та політичною обстановкою. Дослідження поведінкових факторів спираються на цілу низку дисциплін і методів, які не обмежуються сферою медицини та спрямовані на вивчення, зміну та підтримку моделей поведінки людини. Хоча поведінкові фактори не належать до сфери медицини, з огляду на логіку, що лежить в їх основі, їх вивчення і коригування аналогічні процесам постановки діагнозу та лікування: можемо зрозуміти, як найкраще забезпечити сприятливе середовище, підтримку і сприяння тим чи іншим моделям поведінки, лише вивчивши початкові фактори, що впливають на них [Behavioural, 2022]. Деякі чинники, які впливають на поведінку, є однаковими для груп ризику інфікування ВІЛ, ІПСШ, ТБ та гепатитами, але є такі, що домінують у формуванні поведінки кожної з цих груп ризику.

ВІЛ-інфекція. На прикладі ВІЛ-інфекції розглянемо, чому програми протидії, поведінкові втручання мають спрямовуватися на

групи ризику залежно від того, в зоні ризику інфікування якою хворобою (ВІЛ, ІПСШ, ТБ, гепатити) вони перебувають.

Існує чітке епідеміологічне обґрунтування того, чому програми протидії ВІЛ-інфекції слід спрямовувати саме на групи ризику. У багатьох умовах рівень захворюваності на ВІЛ серед населення загалом стабілізувався або навіть знизився. Проте у глобальному вимірі групи ризику, відчуваючи великий тягар ВІЛ-інфекції, впливають на динаміку епідемії ВІЛ.

Модель поведінки вважається головним чинником ризику ВІЛ-інфекції. Така поведінка тісно пов'язана із соціально-демографічними характеристиками, психологічними та психопатологічними особливостями людини, якістю життя та умовами соціального середовища, у якому перебуває особа.

За даними експертного опитування, основними факторами, що найбільшою мірою впливають на ризиковану поведінку груп ризику інфікування ВІЛ, є такі:

- *ціннісно-мотиваційний фактор*: відсутність відповідальності за себе, інфантильне ставлення до свого життя та організму, відсутність серед особистісних пріоритетів чинника культури безпечної сексуальної поведінки, відсутність самоконтролю, страх, пригніченість, відсутність мотивації до безпечної поведінки та тестування на ВІЛ;
- *спосіб життя*: шкідливі звички, вживання ін'єкційних наркотиків, алкоголю, незахищені сексуальні контакти, небезпечна сексуальна поведінка;
- *медичний фактор*: низький рівень доступу до послуг з профілактики, медичної та соціальної допомоги, зокрема паліативної та хоспісної; недостатньо розвинута інфраструктура для надання медичної та соціальної допомоги, особливо на місцевому рівні; відсутність або недостатня доступність програм профілактики, специфічних для кожної групи ризику, соціальних програм та підтримки, відсутність регулярних медичних оглядів, висока варіативність презервативів;
- *когнітивний фактор*: недостатній рівень поінформованості щодо виявлення ВІЛ-інфекції та шляхів запобігання інфікуванню, відсутність інформації про інфекцію, шляхи її передання та безпечну поведінку;

– *фактор стигматизації*: стигматизація з боку медичного персоналу та навколишніх людей, самостигматизація, низький рівень толерантності до представників таких груп, а також соціальний статус, дохід.

Отже, домінуючим чинником ризикованої поведінки груп ризику інфікування ВІЛ є недостатній рівень сформованості мотиваційної та емоційно-вольової сфери, зокрема відсутність відповідальності, підвищена збудливість, послабленість механізмів самоконтролю, пригніченість, страх та інші негативні переживання, неадекватність емоційних реакцій, що зумовлює вибір неадаптивних / ризикованих моделей поведінки.

Проблема значною мірою полягає в тому, що в основі поведінки, спрямованої на здоров'я, лежать різні, часом взаємовиключні мотиви. Кореляції між діями, позитивними для здоров'я, бувають доволі незначними, тоді як негативні для здоров'я поведінкові акти (куріння, вживання алкоголю чи наркотиків) виявляються взаємопов'язаними більшою мірою. При цьому відсутня позитивна орієнтація на здоров'я, яка могла б стати основою для поведінкових актів, спрямованих на підтримання здоров'я та уникнення ризиків. Відсутність такої орієнтації пояснюється тим, що більшість видів поведінки, важливих щодо впливу на здоров'я, зумовлюються мотивами, які не пов'язані безпосередньо зі здоров'ям, і поведінка у сфері здоров'я найчастіше є результатом повсякденної діяльності, яка не потребує усвідомленої мотивації. При цьому схеми поведінки, що залежать від свідомої мотивації, менш стійкі, ніж ті, що є природним наслідком соціальних норм та уявлень, прийнятих у спільноті. Таким чином, турбота про здоров'я є переважно елементом культури, а не продуктом (або об'єктом) системи охорони здоров'я і вимагає міждисциплінарного підходу в процесі її вивчення та формування.

Також важливу роль у формуванні ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ та її поясненні відіграє спосіб життя або стиль життя особистості, зокрема шкідливі звички, практики вживання ін'єкційних наркотиків, алкоголю, небезпечна сексуальна поведінка, незахищені сексуальні контакти і т. д., що провокує поширення соціально небезпечних хвороб.

На окремий розгляд заслуговують бар'єри, пов'язані із системою охорони здоров'я, які багато в чому визначаються організацією

медичної допомоги в різних регіонах. Ідеться про низький рівень доступу представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ і людей, які живуть з ВІЛ, до послуг з профілактики, медичної та соціальної допомоги, обсяг і якість медичної допомоги (зокрема, вакцинація, періодичність медичних обстежень, своєчасність та якість лікування), недостатньо розвинута інфраструктура для надання медичної та соціальної допомоги, особливо на місцевому рівні, недостатня доступність медикаментів і лікарської та сестринської допомоги; труднощі при отриманні ліків за рецептом; час очікування консультації лікаря чи обстежень; невдоволення пацієнта лікарською консультацією.

Значущими є фінансові бар'єри (необхідність оплати пацієнтом частини або всіх витрат на лікування, не покритих державним фінансуванням).

Одним із очевидних чинників ризикованої поведінки є брак достовірної інформації про шляхи поширення ВІЛ та способи індивідуального захисту. У відсутності базової інформації про ВІЛ індивід може демонструвати ризиковану поведінку, тому що не обізнаний з можливим ризиком. Необхідно особливо наголосити, що відсутність інформації про ефективні способи захисту уможливорює інфікування ВІЛ, оскільки завадить індивідові захиститися. Понад те, відсутність достовірної інформації призводить до заміщення фактів міфами, зокрема і щодо способів профілактики інфікування ВІЛ. Фахівці й дослідники, які працюють у галузі превенції ВІЛ, сходяться на думці про те, що надання інформації має бути невіддільною частиною роботи з профілактики ВІЛ. При цьому слід розуміти, що зв'язок між інформованістю та реальною поведінкою людини далеко не однозначний: те, що людина знає, не завжди визначає те, що вона робить. Отже, профілактична робота не може обмежуватися інформуванням, але повинна адресно розглядати ті фактори, які виявляються більш значущими, ніж інформація, і тому мають більшу «вагу» у детермінації ризикованої поведінки.

Серйозним бар'єром для звернення по допомогу до офіційних медичних та інших установ є стигматизація певних груп населення. Стигма і дискримінація (СіД), пов'язані з ВІЛ/СНІД, чинять серйозний психологічний вплив на самосвідомість ВІЛ-інфікованих людей, викликаючи депресію та знижуючи самооцінку людини, і

призводять до тяжких емоційно-психологічних наслідків. Дані порівняльного аналізу результатів національних досліджень 2010, 2013 та 2016 рр. «Показник рівня стигми ЛЖВ-Індекс Стигми», проведених БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» (тепер – БО «100% Життя»), демонструють, що рівень стигматизації залишається високим [Демченко, Скокова, Булига, 2020: с. 34–35]. Частота проявів стигматизації та дискримінації ЛЖВ з боку соціального оточення поступово зменшується порівняно з даними опитувань попередніх років, хоча проблема СіД з боку соціального оточення все ще залишається актуальною в українському суспільстві. Щонайменше кожен десятий респондент (11%) у 2020-му повідомив про досвід стигматизації та дискримінації впродовж останнього року [Демченко, 2020]. Крім того, аналіз життєвих історій ВІЛ-інфікованих клієнтів показує, що зовнішня стигма та дискримінація часто призводять до самодискримінаційних рішень, включно з відмовою від антиретровірусної терапії та медичної допомоги загалом.

Стигма є не лише психологічною проблемою, вона має ще соціальні та медичні наслідки. Негативне ставлення часто штовхає людей до бездіяльності або дій, які можуть завдати шкоди іншим людям, і сприяє стрімкому поширенню інфекції.

Ще одним важливим зовнішнім чинником, який спричиняє ризиковану поведінку, є низький рівень толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, а також окремі випадки дискримінації таких людей.

Отже, за експертними оцінками найважливішим чинником, який згубно впливає на поведінку груп ризику інфікування ВІЛ, є ціннісно-мотиваційний фактор, на другому місці спосіб життя (шкідливі звички); на третьому – медичний фактор (доступ і якість медичної допомоги); на четвертому – когнітивний фактор (низький рівень поінформованості щодо інфекції, шляхів передання, безпечної поведінки; на останньому – стигматизація.

Представники груп ризику інфікування ВІЛ продовжують відчувати вплив стигматизації та дискримінації, стикаються із законодавчими перешкодами та обмеженнями при доступі до послуг, і часто розв'язання їхніх питань має низький рівень пріоритетності для системи громадського здоров'я, зокрема Міністерства охорони здоров'я.

У багатьох епідеміологічних умовах важливі послуги для цих груп надають відповідні організації у громадах. Критично важливим є покращення партнерства і зв'язків між організаціями у громадах та Міністерством охорони здоров'я. Справедливий доступ ключових груп населення до медичних послуг щодо ВІЛ та супутніх проблем і надання таких послуг є надзвичайно важливим пріоритетом, який потребує адекватного фінансування.

ІПСШ. Проблему ІПСШ не можна відокремлювати від епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, оскільки одним з головних шляхів передання ВІЛ-інфекції є статевий. Відповідно до оперативної інформації, наданої Центром громадського здоров'я МОЗ України, у структурі шляхів інфікування ВІЛ переважає більшість випадків припадає на статевий (68,3%), а третина, як і раніше, – на парентеральний шлях інфікування внаслідок уживання наркотичних препаратів ін'єкційним способом (31,3%) [Статистика, 2022].

Це зумовлює необхідність інтенсифікації заходів з діагностики та лікування ІПСШ серед уразливих до ВІЛ груп населення з метою запобігання подальшому поширенню ВІЛ в Україні. За даними МОЗ, в Україні щорічно реєструють близько 400 тис. нових випадків хвороб у такому порядку за кількістю: сифіліс, гонорея, хламідіоз, герпес, сечостатевий мікоплазмоз, генітальний кандидоз і трихомоніаз. За результатами численних досліджень, встановлено, що наявність ІПСШ суттєво підвищує ризик передання та інфікування ВІЛ статевим шляхом. Зокрема, переданню ВІЛ сприяють сифіліс, генітальний герпес, гонорея, хламідіоз, трихомоніаз, кандидоз, мікоплазмоз та інші венеричні інфекції. Ерозії та виразки, запалення, пошкодження тканин, зумовлені ІПСШ, ослаблюють чинники захисту організму від інфікування ВІЛ [Інфекції, 2017].

Епідеміологічні дослідження показують, що поширеність ІПСШ у популяції розподілена нерівномірно. Вирізняють групи підвищеного ризику (ядерні групи) та уразливу частину населення, що відіграють провідну роль у динаміці епідемічного процесу (працівники комерційного сексу (ПКС), чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) та ін.).

Однією з причин поширення ІПСШ є низьке усвідомлення з боку населення, особливо молоді, щодо надзвичайної важливості збереження репродуктивного здоров'я. Більшість молодих людей залиша-

ються невігласами, не маючи належних медико-біологічних знань щодо сексуальних відносин, профілактики венеричних захворювань та інших питань взаємовідносин, зокрема морально-етичних та психологічних [Волкославская, Гутнев, 2011: с. 23–26].

За оцінками експертів, чинники, які найбільшою мірою впливають, схиляючи до ризикованої поведінки осіб із груп ризику інфікування ПСШ, частково збігаються з чинниками, які впливають на тих, хто перебуває у зоні ризику інфікування ВІЛ, але домінують інші. Отже, основними чинниками є:

- *економічний / фінансовий фактор*: недостатнє державне фінансування діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, відсутність власних фінансів на діагностику та лікування, висока вартість контрацепції, тестування, аналізів і лікування, брак коштів на транспорт;
- *когнітивний фактор*: недостатня поінформованість про інфекції, шляхи їх передання, безпечну поведінку;
- *спосіб життя / шкідливі звички*: небезпечна сексуальна поведінка, аморальний спосіб життя, відсутність культури використання контрацептивів, вживання наркотиків;
- *медичний фактор*: недоступність медичних послуг, відсутність доступу до програм профілактики, недостатність профілактичних заходів (тестування), відсутність або недостатність профілактичних програм, специфічних для кожної групи ризику, віддаленість лікарень від місця проживання та проблеми з тим, як дістатися до них;
- *соціальний фактор*: низький соціальний статус; низький рівень освіти, низький рівень культури, байдужість, стресова ситуація, маргінальність.

Серед чинників, які найбільшою мірою впливають на поведінку груп ризику інфікування ПСШ, на першому місці – економічний фактор, недостатність державного фінансування медичних послуг щодо ПСШ і низька фінансова спроможність людей. На другому – когнітивний фактор, низька поінформованість щодо шляхів інфікування та лікування; на третьому – шкідливі звички, на четвертому – медичний фактор і на п'ятому – соціально-демографічний (статус, рівень освіти, вік). Згадаймо, що у випадку груп ризику інфікування ВІЛ на першому місці був ціннісно-мотиваційний фактор.

Ситуація прогресивно погіршується внаслідок недостатнього державного фінансування соціальних програм з профілактики, діагностики та лікування соціальних і хронічних хвороб, у тому числі ПСШ, а також відсутності таких програм на адміністративних територіях країни.

Відсутність державного фінансування діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, матиме наслідком поширення їх, що, своєю чергою, призведе до втрати репродуктивної функції у певної частини населення й загалом негативно віді́б'ється на демографічних показниках. Отже, один із напрямів корекції поведінки передбачає розширення державного фінансування.

Істотною причиною поширення захворювань, що передаються статевим шляхом, є недостатня поінформованість широких верств населення про причини епідемії, клінічні прояви, принципи терапії, а головне, про профілактику. Видима легкість усунення деяких зовнішніх ознак цих хвороб за допомогою антибіотиків є підставою для «несерйозного ставлення» до них великої кількості громадян, головним чином молоді. Самолікування, яке набуло широких масштабів, сприяє переходу гострих видів захворювань у хронічну форму, що важко піддається подальшій терапії й часто призводить до безпліддя.

Недоліки у сфері організації надання медичної допомоги загострюють проблему активності громадян, які перебувають у зоні ризику інфікування ПСШ або є хворими на ПСШ, створюючи перешкоди на шляху отримання медичної допомоги, і зрештою підкріплюють негативне ставлення громадян до організації надання медичних послуг, впливають на звернення населення до поліклініки й завадять активності громадян щодо збереження здоров'я загалом. Розуміння індивідом того, з чим йому доведеться зіткнутися, перш ніж він отримає медичну допомогу і вона дасть бажаний результат, може викликати сумніви щодо її необхідності, коли ситуація ще не досягла критичного стану й індивід сам може знайти вихід із неї.

Ефективна реалізація програми діагностики та лікування ПСШ серед представників уразливих до інфікування ВІЛ та ПСШ груп населення можлива за умови забезпечення доступності, прийнятності й ефективності відповідних послуг, що вимагає наявності таких складових: розвиненої системи надання послуг з діагностики та лікування ПСШ із необхідним матеріально-технічним і кадровим

забезпеченням (медичні установи, НУО, підготовлений медичний і немедичний персонал, укладені партнерські відносини та дієві механізми взаємодії); доступ представників цільових груп до послуг; матеріально-технічне забезпечення надання послуг (наявність необхідних діагностичних тест-систем, лікарських засобів, засобів профілактики, витратних матеріалів тощо).

Внаслідок спільного шляху передання ВІЛ та ППСШ, а саме статевого, уразливі до ВІЛ групи водночас є уразливими до ППСШ і навпаки. Термін «уразливі» використовують щодо ризику інфікування ВІЛ, який може бути високим як результат специфічної поведінки або особливих ситуацій. Прикладами останніх можуть бути сексуальні стосунки дискордантних пар, яким невідомо про їхній ВІЛ-статус, або реципієнство крові чи її препаратів, що не пройшли дослідження на ВІЛ. Саме поведінка, а не факт належності до певної групи, штовхає особу до ситуацій, у яких вона може бути інфікована ВІЛ. Зрештою, деякі групи населення можуть піддаватися підвищеному ризику інфікування ВІЛ [UNAIDS, 2007].

Результати дослідження наявних трендів захворюваності й поширеності соціально небезпечних хвороб, що передаються статевим шляхом, виявили зіставність їх із загальносвітовими тенденціями щодо ВІЛ-інфекції та протилежність щодо класичних ППСШ, причинами поширеності якої є державні та загальносистемні бар'єри, а саме: організаційні (реєстрація випадків, діяльність лабораторних служб), соціальні (стигматизація та дискримінація хворих, їх відтік у приватний сектор медичних послуг і самолікування), економічні (низька фінансова доступність), територіальні (низька доступність лікаря-спеціаліста (дерматовенеролога) тощо).

Туберкульоз. Джерелом поширення ТБ є наявність в Україні низки соціально-економічних проблем та окремих верств населення (так званих груп ризику захворювання на ТБ), які утворилися в суспільстві внаслідок нерозв'язаності зазначених проблем упродовж тривалого часу. До таких проблем слід віднести занепад промислового та сільськогосподарського виробництва, десоціалізацію, збіднення, неякісне та незбалансоване харчування й незадовільні життєво-побутові умови значних верств населення, масове безробіття і внутрішню та неконтрольовану зовнішню міграцію, криміналізацію суспільства і величезну кількість людей, які перебувають

під вартою, занепад системи соціального захисту та забезпечення, наявність шкідливих виробництв і небезпечних професій, занепад системи охорони здоров'я, низький культурний та освітній рівень значних верств населення та низку інших. З упевненістю можна говорити, що в суспільстві утворилася значна, причому досі не облікована та неконтрольована державою верства населення, спосіб життя якої свідчить про те, що її представники можуть хворіти на туберкульоз. До них, зокрема, слід віднести: осіб, які перебувають за межею бідності, бездомних, наркозалежних, алкозалежних, певних ВІЛ-інфікованих, осіб, які перебувають під вартою або звільнилися із місць позбавлення волі, осіб без певного роду занять, безробітних, представників ромського етносу, робітників шкідливих виробництв та багатьох інших [В умовах..., 2020].

Чинники ризику безпосередньо впливають на утворення та стан груп ризику, що спричиняє постійне виникнення нових випадків захворювання на туберкульоз. Тому туберкульоз – це насамперед проблема політична та соціально-економічна, і, за експертними оцінками, лише на 15–20% успішність її розв'язання залежить від медичних заходів.

Що ж до груп ризику захворювання на ТБ, для яких характерна пасивна поведінка, і чинників, які найбільшою мірою впливають на таку поведінку, то, на нашу думку, пасивна поведінка у випадку захворювання на ТБ і є фактично ризикованою, тому що мінімальна активність у підтриманні власного здоров'я несе загрозу інфікування ТБ.

Головними чинниками, які найбільшою мірою зумовлюють пасивну поведінку в групі ризику захворювання на ТБ, за оцінками експертів, є:

- *соціально-економічний фактор*: незадовільні соціально-економічні умови, неналежні умови проживання, недостатнє харчування, безробіття, бідність;
- *когнітивний фактор*: низький рівень поінформованості, невігластво, недостатність культури населення;
- *медичний фактор*: недоступність медичних послуг, обмежений доступ до програм профілактики, у тому числі специфічних для кожної групи ризику, та до лікування, недостатнє обстеження флюорографією та рентгеном (треба раз на рік, але не роблять

цього роками), географічна віддаленість послуг, незручні схеми прийому ліків, відсутність профоглядів, недоступність соціальних програм та підтримки (належна діагностика тільки у приватних клініках);

– *шкідливі звички*: алкогольна залежність, тютюнокуріння;

– *економічний фактор*: недостатнє державне фінансове забезпечення, відсутність власних фінансів, необхідність витрат на проїзд, щоб дістатися до медичного закладу, тощо;

– *фактор стигматизації*: стигматизація з боку оточення та само-стигматизація, страх щодо небезпеки для навколишніх, велика кількість міфів (про недоступність послуг; про те, що на ТБ хворіють лише окремі верстви населення, наприклад особи без постійного місця проживання);

– *ціннісно-мотиваційний фактор*: байдужість, стресова ситуація, безвідповідальна поведінка, відсутність самоконтролю, відсутність культури безпечної поведінки серед особистісних пріоритетів.

З інших чинників експертами були зазначені: вік, оточення, дохід, освіта тощо.

Отже, головним чинником, який зумовлює пасивну поведінку груп ризику захворювання на ТБ, є соціально-економічний. Віддавна туберкульоз вважається супутником вологого клімату, поганого харчування та бідності. Тому соціальні фактори, такі як відсутність постійного місця проживання, зниження рівня життя, фінансово-економічні труднощі, перебування у місцях позбавлення волі, безробіття, малозабезпеченість також важливі. Епідемічна ситуація ускладнюється великою міграцією населення, недостатнім харчуванням, вживанням алкоголю. Проте вирішальне значення щодо виникнення туберкульозу має поєднання зазначених вище факторів.

На другому місці за впливом у випадках пасивної поведінки груп захворювання на ТБ є когнітивний фактор. За умов, коли в Україні виявлення нових випадків цього захворювання відбувається переважно в пасивний спосіб, тобто за зверненням громадян, особливого значення набуває інформування населення щодо проблеми туберкульозу як інфекційної й соціальної хвороби, небезпечної для особистого та громадського здоров'я, щодо його симптоматики, профілак-

тики та сучасних можливостей лікування, а також формування та дотримання здорового й морального способу життя тощо.

На третьому місці – медичний фактор. Показник сприйняття населенням доступності медичної допомоги, який можна вимірюватися під кутом зору реальних часових і матеріальних витрат різних соціальних груп населення, пов'язаних з отриманням гарантованої (безкоштовної) медичної допомоги, що слід враховувати як суб'єктивну передумову тієї чи іншої поведінкової стратегії в царині здоров'я. Водночас об'єктивними індикаторами доступності послуг охорони здоров'я у випадку, наприклад, із сільським населенням (як особливою соціальною групою) можуть бути показники середньої віддаленості місцевих закладів охорони здоров'я від отримувачів медичної допомоги або середнього часу, який сільські жителі витрачають на отримання медичної допомоги, причому не лише тривалість проїзду, а й час вимушеного очікування пацієнтів у чергах у медичних закладах. Групи ризику населення з низьким рівнем матеріального становища частіше порівняно з благополучними верствами мають труднощі в отриманні якісної медичної допомоги.

На четвертому місці за впливом перебуває спосіб життя, зокрема шкідливі звички; на п'ятому – економічний (фінансовий) фактор, тобто відсутність фінансів, недостатнє державне фінансування діагностики, лікування та профілактики захворювання на туберкульоз, відсутність коштів на проїзд тощо. До речі, необхідність витрат на проїзд до медичного закладу разом з побічними реакціями хвороби та поганим станом здоров'я належать до топ-трьох потенційних причин відмови від лікування [Бар'єри, 2020].

Фактор стигматизації та самостигматизації і ціннісно-мотиваційний фактор виявилися менш впливовими щодо поведінки груп ризику захворювання на ТБ.

Гепатити. Вірусні гепатити (ВГ) через велику поширеність, особливості шляхів передання, труднощі діагностування, розвиток серйозних ускладнень хвороби, обмежений доступ до лікування, а також низький рівень усвідомленої поінформованості населення загалом і медичних працівників є значним тягарем для системи охорони здоров'я. Серед вірусних гепатитів найбільшу проблему становлять вірусні гепатити В (ВГВ) і С (ВГС), які призводять до 96% усіх смертей, пов'язаних з ВГ.

Хвороби, зумовлені хронічними ВГ, а саме цироз печінки та первинний рак печінки (гепатоцелюлярна карцинома) є значним тягарем для системи охорони здоров'я, оскільки призводять до інвалідності, скорочення тривалості та зниження якості життя працездатного населення та передчасної смертності. Зокрема, за оцінками експертів, близько 57% випадків цирозу печінки та 78% випадків первинного раку печінки зумовлені впливом ВГВ і ВГС.

Відповідно до оціночних даних в Україні близько 3,6% (1 585 080 осіб) мають хронічний вірусний гепатит С (ВГС) і 1,5% – вірусний гепатит В (ВГВ) (660 450 осіб). За офіційними даними, в Україні зареєстровано 82 564 особи із ВГС і 23 687 осіб із ВГВ, що становить 5,2% і 3,4% від оцінної кількості, а це свідчить про те, що решта осіб не знають про свій діагноз. Незважаючи на значне поширення ВГ, доступ до їх діагностики та лікування залишається незадовільним [Проблематика, 2020].

За оцінками експертів, головні чинники, які найбільшою мірою впливають на пасивну поведінку ключових груп населення, що перебувають у зоні ризику інфікування гепатитами, – це:

– *медичний фактор*: незадовільний доступ ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування гепатитами, до відповідних медичних послуг (обстеження, діагностики, лікування), брак лікарів, географічна віддаленість послуг, віддаленість від місця проживання до лікарень і проблеми з тим, щоб дістатися туди, брак коштів на транспорт, незадовільний доступ до програм профілактики, відсутність спеціальних програм профілактики гепатитів, ПСШ для ЧСЧ, СП, відсутність регулярних медичних оглядів;

– *когнітивний фактор*: низька поінформованість населення щодо шляхів інфікування, діагностики, лікування, методів профілактики та безпечної поведінки, недостатнє розуміння ризиків щодо погіршення стану здоров'я внаслідок хвороби;

– *економічний (фінансовий) фактор*: недостатнє державне фінансове забезпечення діагностики, відсутність власних коштів на діагностику, тестування, необхідність проходити платну діагностику, висока вартість діагностики, недостатнє підтримання власного здоров'я через обмежене фінансове забезпечення;

– *спосіб життя*: шкідливі звички та нехтування санітарною гігієною, вживання алкоголю та наркотичних речовин;

– *стигматизація*: стигма з боку лікарів та оточення, самостигматизація, зневага до себе, нелюбов до себе, внутрішня гомофобія, низький або нульовий рівень толерантності до представників таких груп з боку оточення і медичного персоналу, міфи про недоступність послуг.

Також чинниками, які тією чи іншою мірою вплинули на формування пасивної поведінки, є соціально-економічні та соціально-демографічні: дохід, бідність, вік, освіта, оточення. Отже, за оцінками експертів, найголовнішим чинником пасивної поведінки ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування гепатитами, є медичний фактор. За оцінками припущеннями, до 5% населення країни інфіковано вірусним гепатитом С і близько 2% – вірусним гепатитом В, що становить близько 2 млн осіб. Тобто кожен шостий українець має вірус гепатиту В або С [Безкоштовні ліки, 2021].

«Більшість людей не знають про можливості доступу до лікування вірусного гепатиту С і через це вимушені відтермінувати лікування або платити за непотрібну діагностику чи консультації. Ми як пацієнтська організація спрямовуємо свої зусилля на те, щоб кожен пацієнт із гепатитом С чи коінфекцією ВІЛ/ВГС знав про свої права й мав можливість безкоштовно проконсультуватися, обстежитися і вилікувати ВГС» (С. Дмитрієв, директор з політики та адвокації БО «100% Життя») [Дослідження, 2021].

Важливим чинником пасивної поведінки є когнітивний фактор. Отже, непоінформованість про шляхи інфікування, доступність лікування гепатитів В і С і медичний фактор взаємопов'язані й мають суттєвий вплив на поведінку. На третьому місці за впливом на формування пасивної поведінки – економічний фактор, відсутність фінансів на дороговартісну діагностику. Слід зазначити, що лікування вірусних гепатитів С і В сучасними препаратами здійснюється повністю безоплатно для пацієнта коштом державного бюджету [Чи доступні..., 2021]. Але діагностика ВГС не входить у пакет медичних гарантій, через що пацієнти мають оплачувати її самостійно. Невиправдано завищена вартість досліджень, зайві аналізи та обстеження можуть стати бар'єром на шляху до вилікування, і це суттєво впливає на формування пасивної поведінки ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування гепатитами.

Така оцінка свідчить також про вияви корупції. Додаткові витрати – суттєвий бар'єр на шляху до лікування. Якщо лікар каже, що треба придбати певні препарати, окрім тих, що закупаються за кошти бюджету, або зробити додаткові обстеження чи придбати ліки в конкретній аптечній мережі, пацієнт зазвичай робить це, бо довіряє своєму лікареві. Проте все перелічене є проявами корупції. За результатами дослідження, до 44% пацієнтів стикалися з подібними ситуаціями [Дослідження..., 2021].

На четвертому місці шкідливі звички й на п'ятому – стигматизація та самостигматизація. Наявність структурних бар'єрів (стосовно доступу до послуг щодо ВІЛ, ПСШ, ТБ і гепатитів) підвищує вразливість і перешкоджає справедливому доступу до послуг на порушення прав людини поряд з вельми поширеними випадками стигматизації та дискримінації; такі бар'єри продовжують ускладнювати доступ до медико-санітарної допомоги для груп населення, які можуть бути криміналізованими та маргіналізованими й піддаються підвищеному ризику захворювання на гепатит, – споживачів ін'єкційних наркотиків, чоловіків, які практикують секс із чоловіками, ув'язнених та працівників секс-індустрії.

Для розроблення та реалізації заходів боротьби з гепатитами можна використати успішний досвід здійснення програм в інших галузях охорони здоров'я, зокрема програм боротьби з ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, програм імунізації та надання довгострокової медико-санітарної допомоги. Для забезпечення охоплення спеціальних груп населення можна адаптувати інноваційні підходи до надання послуг щодо ВІЛ. Стратегії, спрямовані на підвищення якості та зниження цін, які дали змогу швидкими темпами збільшити охоплення послугами ВІЛ-інфікованих осіб, становлять корисний досвід для розширення доступу до прийняттого за вартістю лікування вірусного гепатиту С. Прикладом того, як різні стратегії можна використовувати для охоплення послугами всіх спільнот та забезпечення доступу до ефективних, безпечних і прийнятних за вартістю вакцин, є програми імунізації [Глобальная стратегия..., 2016].

Отже, за результатами експертного опитування виявлено низку чинників, які впливають на поведінку груп ризику щодо інфікування соціально небезпечними хворобами. Серед них: ціннісно-мотиваційний фактор, шкідливі звички, соціально-економічний, економічний

(фінансовий), медичний, когнітивний і соціальний фактори, стигматизація та самостигматизація (*табл. 2*). Виявлені чинники, певною мірою, впливають на поведінку всіх груп ризику, при цьому такий вплив залежить від того, у якій зоні ризику вони перебувають – інфікування ВІЛ, ПСШ, ТБ чи гепатитами. У випадку ВІЛ ризикована поведінка залежить першою чергою від ціннісно-мотиваційних факторів, у разі ПСШ – від економічних / фінансових, у разі ТБ – від соціально-економічних, а в разі гепатитів – від медичних факторів.

Таблиця 2

Головні чинники, які впливають на поведінку ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ВІЛ, ПСШ, ТБ, гепатитами

<i>ВІЛ</i>	<i>ПСШ</i>	<i>ТБ</i>	<i>Гепатити</i>
<i>Ціннісно-мотиваційний</i>	Економічний (фінансовий)	Соціально-економічний	Медичний
<i>Шкідливі звички</i>	<i>Когнітивний</i>	<i>Когнітивний</i>	<i>Когнітивний</i>
<i>Медичний</i>	Шкідливі звички	<i>Медичний</i>	Економічний (фінансовий)
<i>Когнітивний</i>	Медичний	<i>Шкідливі звички</i>	<i>Шкідливі звички</i>
<i>Стигматизація, самостигматизація</i>	Соціальний (статус, освіта)	Економічний (фінансовий)	<i>Стигматизація, самостигматизація</i>

Наголошуємо, неможливо пояснити поведінку груп ризику одним-двома факторами. Слід розглядати всі чинники, що впливають на поведінку у взаємозв'язку. Вибір тієї чи іншої поведінки може залежати також від територіальних обмежень (віддаленість медичного закладу від місця проживання пацієнта) або відмови від послуг медицини внаслідок поганої організації медичної допомоги (черга в реєстратурі, тривале очікування прийому лікаря та ін.).

Серед старшого покоління мають місце патерналістські настанови з огляду на досвід часів, коли про здоров'я громадян дбала держава, надаючи безкоштовну медичну допомогу. Молоде покоління готове самостійно дбати про своє здоров'я, вести здоровий спосіб

життя, але вважає, що на нього впливає велика кількість факторів, які суттєво погіршують його і не залежать від їхньої поведінки. Як свідчить досвід, найбільша ефективність профілактичних втручань досягається у тому випадку, якщо вони є теоретично та емпірично обґрунтованими, тобто базуються на загальноновизнаних і перевірених у рамках наукових досліджень концепціях корекції поведінки.

Непропорційні ризики відображають типові моделі поведінки, притаманні представникам груп ризику, а також зумовлені особливими правовими та соціальними перешкодами, які підвищують ступінь їхньої уразливості. Ключові групи населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ВІЛ, впливають на динаміку епідемії та відіграють значливу роль у визначенні характеру та ефективності заходів із відповіді на ВІЛ. У більшості країн недостатній рівень охоплення та низька якість надання послуг для груп ризику продовжують підривати заходи із відповіді на ВІЛ. Усі країни мають усвідомити важливість охоплення послугами цих груп, розуміння їхніх потреб і надання їм справедливих, доступних і прийнятних послуг. Для досягнення цієї мети необхідно працювати з ключовими групами населення та їхніми мережами (партнерами), розвиваючи сферу надання послуг [Global, 2011]. Вважаємо, це стосується і груп ризику інфікування іншими соціально небезпечними хворобами, такими як ІПСШ, ТБ, гепатити.

4.4. Інтервенції, що сприяють зміні ризикованої поведінки ключових груп населення щодо власного здоров'я на здоров'язбережувальну

Програми зміни поведінки охоплюють широкий спектр заходів і підходів, які зосереджені на впливі на поведінку особи, громади та суспільства. Зміна поведінки – порівняно новий термін у сфері громадського здоров'я. Його не слід плутати з модифікацією поведінки – терміном, що має специфічне значення у клінічній психіатрії [Стратегии, 2008].

Програми зміни поведінки, як правило, ґрунтуються на кількох теоріях, розвинутих наприкінці 1980-х. Ці програми звичайно зосереджені на втручаннях – заходах, що допомагають людині чи громаді замислитись над ризикованими елементами їхньої поведінки та змінити їх.

Теоретичні моделі зміни поведінки задають загальну структуру, з урахуванням якої вибудовується цілісна модель втручання, спрямована на різні аспекти ризикованої поведінки. На нинішній час у світі розроблено велику кількість теоретичних моделей, що дають змогу з великою ймовірністю пояснювати, передбачати та змінювати поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Найчастіше фахівці виокремлюють такі моделі, апробовані стосовно профілактики різних захворювань, включно з профілактикою ВІЛ-інфекції: соціально-когнітивна модель «Інформація – Мотивація – Поведінка» (Information – Motivation – Behavioral Skills model), «модель переконань, пов'язаних зі здоров'ям» (Health belief model), «транстеоретична модель» (Transtheoretical model), «теорія запланованої поведінки» (Theory of planned behavior), «модель дифузії інновацій» (Diffusion of innovations Model).

Зазначимо, що всі теоретичні концепції зміни поведінки мають низку спільних положень. Відмінності між теоріями зводяться до різних детермінантів і механізмів реалізації певних поведінкових змін. У практиці реалізації програм із профілактики наркозалежності, ПСШ та інших негативних явищ у царині громадського здоров'я можливе використання різних теоретичних підходів. Превентивні програми можуть робити наголос на сприйнятті загрози (модель переконань, пов'язаних зі здоров'ям), на намірі діяти (теорія навмисної дії), на результативності розвитку специфічного поведінкового досвіду (теорія соціального навчання), на мотивованості та готовності до змін (транстеоретична модель), на впливі лідерів громадської думки (модель дифузії інновацій), на превентивному втручанні (соціально-когнітивна модель «Інформація – Мотивація – Поведінка») та ін.

Головним обмеженням багатьох теоретичних підходів є те, що вони концептуально узагальнені й абстраговані від специфічності зовнішніх і внутрішніх складових ризикованої поведінки. Це стосується, зокрема, поведінки, пов'язаної із вживанням наркотиків, і сексуальної поведінки, що включає яскраво виражені емоційні складові, у тому числі переживання задоволення і потягу.

Відсутність комплексних теорій сексуальної поведінки та поведінки, пов'язаної із вживанням наркотиків, змушує у розробленні програм профілактики спиратися на теорії щодо загальних аспектів здоров'я, соціальних дій та поведінкових змін. Однією з ключових ланок залучення людини до сексуальних контактів і вживання наркотиків є людські взаємини, проте наявні моделі поведінкових змін дуже часто не апелюють безпосередньо до таких унікальних аспектів цих взаємин, як любов, потяг, самооцінка, влада, виживання, інтимність, примус, довіра тощо.

Поряд із тим слабо вивченим є й внутрішні чинники ризикованої поведінки. Фахівці виділяють групи ризику за соціально-поведінковими ознаками, але мало що можуть сказати про індивідуальні психологічні детермінанти ризикованої поведінки. Складність людської поведінки, нерозривний зв'язок її з усім спектром людських взаємин, з психологічними та соціальними факторами створюють величезні труднощі для розроблення, планування, реалізації та оцінювання результативності превентивних програм. Як правило, сучасні ефективні інтервенції включають елементи різних теоретичних концепцій зміни поведінки або ґрунтуються на поєднанні кількох теорій.

У 1992 р. американські дослідники J. D. Fisher і W. A. Fisher для розробки програм зміни ризикованої поведінки запропонували соціально-когнітивну модель «Інформація – Мотивація – Поведінка», у межах якої в структуру превентивного втручання включаються три основні компоненти, які визначають здоров'язберігаючу поведінку індивіда: інформування про ризики («знати»), мотивація до зміни поведінки («хотіти») та формування бажаних поведінкових навичок («вміти») [Fisher, Fisher, 1992: р. 455–474]. Модель постулює, що надання інформації про шляхи передачі та профілактики захворювань є основою для подальшого зниження поведінкового ризику. Однак висока поінформованість далеко не завжди веде до реальної зміни поведінки [Lazarus, 2010: р. 74–84]. Діятиме чи ні індивід на основі отриманої превентивної інформації, залежить від того, чи визнає він існування персонального ризику зараження, наявність внутрішніх і зовнішніх факторів, що впливають на поведінку, і чи буде у нього мотивація до зміни ризикованої поведінки. І нарешті, щоб інформація та мотивація зрештою вилилися у поведінкові зміни, бажані з погляду превенції ІПСШ, необхідно сформувати певні навички за-

побіжної поведінки. Вироблення навичок безпечної поведінки безпосередньо впливає на зниження поведінкового ризику, а інформування й мотивація, стимулюючи формування навичок, на безпечну поведінку впливають опосередковано.

Підвищення мотивації до зміни поведінки – ключовий аспект соціально-когнітивної моделі – ґрунтується на методології мотиваційного інтерв'ювання (МІ), вперше описаної W. R. Miller у 1983 р. [Miller, 1983: р. 147–172] і більш детально розробленої W. R. Miller і S. Rollnick у 1992 р. [Miller, 2002: р. 428]. Мотиваційне інтерв'ювання – це клієнтцентристський стиль консультування, спрямований на те, щоб спонукати індивіда змінити свою поведінку. Консультант заохочує пацієнта говорити про сумніви та перешкоди, шукати аргументи (мотиви) для того, щоб ухвалити рішення на користь зміни поведінки. Мотивами можуть виступати потреби та інтереси, потяги та емоції, установки та ідеали. Мотиви пояснюють, чому людина починає діяти, чому вона робить саме це, а не щось інше і чому вона утримується від деяких дій.

Описуючи метод, W. R. Miller наголосив на кількох кардинальних відмінностях МІ від традиційного медичного консультування, які дають змогу краще зрозуміти суть методу. Аналізуючи можливі причини безуспішності традиційного підходу до консультування пацієнтів із залежностями, він дійшов висновку, що надання порад, агресивне протистояння співрозмовнику, пряме переконання та нав'язування своєї точки зору призводять лише до виникнення опору, заперечення проблеми з боку пацієнта та небажання змінювати. Стиль МІ, навпаки, передбачає, що консультант суворо дотримується таких правил: не наполягає у тому, що в пацієнта є проблема і необхідні зміни; не дає прямих порад та не «прописує» вирішення проблеми без згоди пацієнта або без спонукання його до самостійного ухвалення рішення; не займає авторитарну / експертну позицію, відводячи пацієнтові лише роль пасивного учасника; не підміняє розмову читанням лекцій, розписуванням переваг; не нав'язує діагностичні ярлики (наркоман, проблема, це ненормально, хвороба); не поводить себе в каральній або примусовій манері [Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики. ..., 2004]. При дотриманні цих правил у процесі консультування досягається найголовніше: у клієнта виникає відчуття безпеки, розуміння та підтримки, що допо-

магає йому розмірковувати про свою поведінку, визначитися в тому, чи він готовий щось змінити і яким чином можна і потрібно діяти, здійснюючи заплановані зміни.

Таким чином, суть методу МІ – прагнути того, щоб мотивація до зміни поведінки виникала у самого пацієнта, а не нав'язувалася ззовні. Готовність до змін – це не особливість пацієнта, а результат взаємовідносин пацієнта і консультанта, що поступово змінюються, в процесі обговорення проблеми (консультант не наполягає, а пацієнт прагне змін, консультант організовує обговорення, упорядковує те, що говорить пацієнт, а пацієнт працює зі своїми сумнівами). Метод мотиваційного інтерв'ювання може бути теоретичною основою поведінкового втручання.

В Україні, за дуже нечисленними винятками, немає досвіду впровадження ефективних поведінкових втручань щодо соціально небезпечних хвороб, і, отже, немає розробленого теоретичного і практичного апарату управління епідеміями. Поряд з тим в Україні нагромаджено значний масив кількісних емпіричних даних про соціально-демографічний портрет і поведінку уразливих соціальних груп у контексті ВІЛ, ТБ, гепатитів та ПСШ, який можна використати для обговорення перспектив практичного застосування розроблених у західній науці теоретичних концепцій.

Неблагополучна епідемічна ситуація із захворюваністю на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСШ), та гемоконтактними інфекціями (ГКІ) у сучасній Україні диктує необхідність розроблення, апробації та впровадження на практиці нових моделей мультидисциплінарних поведінкових втручань для найуразливіших груп населення в царині здоров'я: людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ), пацієнтів установ венерологічного профілю, працівників комерційного сексу, підлітків, мігрантів, ув'язнених, ВІЛ-інфікованих осіб, ВІЛ-дискордантних пар та ін. Як свідчить досвід, найбільша ефективність профілактичних втручань досягається у випадку їх теоретичного та емпіричного обґрунтування, тобто якщо вони базуються на загальноновизнаних і перевіренних у рамках наукових досліджень концепціях корекції поведінки. Лікарі, які займаються профілактикою соціально значущих захворювань – дерматовенерологи, інфекціоністи, наркологи – часто зовсім не обізнані з теоретичними концепціями та моделями сучасного біхевіоризму, що

лежать в основі превентивних інтервенцій, або вважають їх «розпливчастими», «нудними» та «марними» [Gandelman, Vogan, Dolcini, 2005: pp. 299–307].

Теоретична концептуалізація корекції поведінки – невіддільний базис будь-якого профілактичного втручання, що претендує на ефективність. Досі у більшості венерологічних та інших закладів охорони здоров'я нашої країни програми профілактики ППСШ переважно зводяться лише до інформування пацієнтів про захворювання та превентивні заходи. У лікарів існує стійке переконання, що на осіб, схильних до ризику, можна вплинути, якщо робити наголос на небезпеці їхньої безвідповідальної поведінки, лякати, демонструючи жахливі ілюстрації, й т. ін., на небезпеці випадкових зв'язків і необхідності зміни ризикованої сексуальної поведінки. Такі «інтервенції» не ефективніші, ніж поради кинути палити або скинути зайву вагу. Продаж сигарет не зменшився внаслідок розміщення на пачках суворих попереджень з боку МОЗ і навіть страшних зображень легенів курця. Так само марними виявляються плакати, що демонструють симптоми ППСШ, на стінах венерологічних клінік [Grau, 2013: pp. 400–410]. Уже на початку ХХ ст., на зорі профілактичної медицини стало зрозуміло, що просте залякування людей з метою досягти здоровішої поведінки не є ефективним. Хоча інформація, що викликає дискомфорт і страх, добре запам'ятовується [Rhodes, 1990: pp. 1–11], її ефективність як мотиватор зміни поведінки є сумнівною, оскільки на залякування люди схильні реагувати відмовою від отримання подальшої інформації. Поведінка, ґрунтована на страху, може бути ірраціональною і замість усунення ризику призводити до його заперечення (позиція страуса, що ховає голову в пісок).

Зміна форм поведінки насправді вимагає набагато більшого, ніж просто розширення прав і можливостей окремих осіб, місцевих спільнот і груп населення, які є об'єктом впливу, за допомогою необхідної інформації. З тієї ж причини міркування про те, що окремі особи повинні з більшою відповідальністю ставитися до свого здоров'я, отримувати медичну допомогу та дотримуватися здоровіших форм поведінки, щоб уникнути порушення здоров'я на наступних етапах життя, мають спрощений характер і можуть навіть вважатися нереалістичними або значною мірою обвинувальними. Хоча підвищення рівня обізнаності та знань, а також зміна ставлення необхідні для

зміни форм поведінки, цього зазвичай буває недостатньо, внаслідок цього зростає роль держави та соціальних інститутів у розробленні та реалізації комплексу законодавчих і регуляторних інструментів або у використанні як фінансових, так і нефінансових стимулів, що спонукають до переходу від нездорових до здорових форм поведінки на благо окремих людей і суспільства в цілому [Стратегії, 2008].

Найдієвішими інтервенціями, які б сприяли зміні ризикованої поведінки ключових груп населення щодо власного здоров'я на здоров'язбережувальну, на думку більшості експертів, є: інформаційно-комунікаційна кампанія щодо зміни поведінки на більш безпечну (66%) і розширення державного фінансування континууму послуг у зв'язку з ВІЛ, ТБ, гепатитами, ІПСШ (66%) (рис. 14).

Близько половини (48%) експертів вважають, що зміні ризикованої поведінки на більш безпечну сприяло б удосконалення норма-

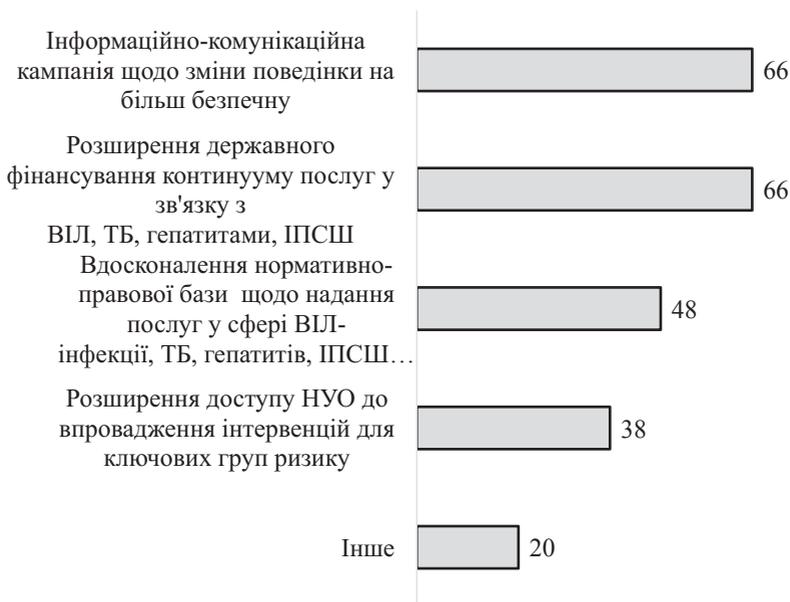


Рисунок 14. Розподіл відповідей експертів на запитання «Які інтервенції, на Вашу думку, сприяли б зміні ризикованої поведінки ключових груп населення щодо власного здоров'я на здоров'язберігаючу?», %

тивно-правової бази щодо надання послуг у сфері ВІЛ-інфекції, ТБ, гепатитів, ПСШ для різних ключових груп населення. І більш як третина (38%) вказали на розширення доступу НУО до впровадження інтервенцій для ключових груп ризику.

Серед інших інтервенцій, на які звернули увагу поодинокі експерти, можна зазначити: безбар'єрний доступ до медичних послуг, особливо на первинному рівні; внесення змін до шкільного освітнього процесу в напрямі обізнаності щодо передання соціально небезпечних хвороб; налагодження безперервності у наданні послуг, у тому числі соціальної та психологічної підтримки; озброєння фахівців НУО сучасними знаннями про лікування та функціонування системи охорони здоров'я в цілому, оскільки дуже часто саме вони є провідниками та відтворювачами міфів про недоступність лікування.

Досвід багатьох країн світу переконує, що для ефективної протидії соціально небезпечним хворобам самої лише інформації недостатньо. Навіть коли люди добре обізнані зі шляхами ураження інфекцією (ВІЛ, ПСШ, ТБ, гепатити) та методами профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом, знають про небезпеку вживання алкоголю і наркотичних речовин, вони не завжди можуть протистояти негативному впливу оточення, вибудовувати рівноправні стосунки, долати стреси, відмовлятися від небезпечних пропозицій. Необхідно впроваджувати нові інноваційні методи, які формуватимуть активну особистісну позицію / безпечну поведінку щодо профілактики соціальних хвороб і протидії негативним впливам соціального оточення.

Отже, всі ці заходи є, на нашу думку, важливі, й роботу щодо зміни ризикованої поведінки на більш безпечну з метою профілактики поширення соціально небезпечних хвороб слід вести одночасно в кількох напрямках:

- **інформування й освічення населення для досягнення кращого розуміння проблеми.** Сьогодні медичні послуги сягнули того рівня, коли, наприклад, людина з ВІЛ за умови прийняття ліків може жити повноцінним життям і не бути джерелом захворювання. Програми грамотності щодо здоров'я, навчання та підтримки з питань сексуального життя можуть допомогти в покращенні обізнаності [Giving, 2013]. Будучи краще поінформованими, представники груп ризику можуть краще зорганізуватися

зادля підвищення обізнаності щодо своїх прав, потреб, політик та юридичних питань, які найбільше їх стосуються;

– **створення сприятливого середовища**: сприятливе законодавство, політичні та фінансові зобов'язання, у тому числі:

1) декриміналізація форм поведінки ключових груп населення; удосконалення нормативної бази щодо доступу до медичних послуг та інформування. Забезпечення обізнаності осіб з ключових груп населення зі своїми юридичними правами та правами людини як особистості, зокрема правом на охорону здоров'я, може покращити їхній доступ до медичних послуг;

2) подолання стигми та дискримінації. Зусилля щодо скорочення стигми та дискримінації на національному рівні, такі як популяризація антидискримінаційних і захисних політик для всіх груп ризику, можуть підтримати формування сприятливого середовища, особливо в системах охорони здоров'я та правосуддя [Katz, 2014];

3) розширення можливостей громади як вирішальна передумова для покращення умов життя груп ризику, розроблення стратегій для втручань з питань їхнього здоров'я та прав, подолання наслідків порушень прав людини, яких зазнають представники груп ризику. Розширення можливостей спільноти може набувати багатьох форм, таких як конструктивна участь осіб з груп ризику в організації послуг, надання послуг за принципом «рівний рівному», впровадження правової грамотності та сервісних програм, сприяння групам і програмам, керівниками яких є представники груп ризику;

– **економічна доступність**: забезпечення надходження грошових ресурсів. Підтримка та фінансування з боку держави є дуже важливими. Публічно-приватне партнерство може допомогти збільшенню фінансування, мінімізації або скасуванню плати за послуги. За можливості, послуги необхідно надавати безкоштовно або за зниженою вартістю. Страхування або медичні субсидії мають покривати будь-яку плату за послуги;

– **втручання у сфері охорони здоров'я**: створення системи безперервного надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, ТБ, ПСШ, гепатитів, насамперед представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування цими хворобами, а також послуг з лікування, догляду і підтримки для людей, які

живуть з ВІЛ і ТБ, у рамках реформування системи охорони здоров'я шляхом оптимізації системи медичної допомоги та соціальних послуг, забезпечення професійної підготовки кадрів (сімейних лікарів, працівників установ і закладів, які надають послуги представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та їхнім партнерам, людям, які живуть з ВІЛ, хворим на ТБ, ПСШ і гепатити);

– **поведінкові втручання:** надання інформації, мотивації, знань і навичок, що допомагають людям знизити рівень ризикованості поведінки та підтримувати цю позитивну зміну. Щоб зменшити ризик інфікування ВІЛ, ПСШ, ТБ і гепатитами, люди повинні розуміти свій рівень ризику, бути впевненими у знаннях і навичках щодо ефективності для зменшення цього ризику.

Поведінкові втручання можуть бути спрямовані на окремих людей або на групи населення. Індивідуальне консультування варто зосереджувати на обізнаності людини щодо її особистого ризику та стратегії його зниження; наприклад, консультанти або громадські працівники можуть обговорювати поведінкові ризики клієнта, безпосередньо співвідносити його дії з ризиком інфікування ВІЛ, а також розглядати способи зниження цього ризику.

З іншого боку, втручання за принципом «рівний рівному» та групові сесії належить спрямовувати на підвищення загальної обізнаності про ризик, при цьому додаткова перевага групових сесій полягає в тому, що вони підтримують пошук дієвих стратегій зниження ризику. Також будуть корисними кампанії соціального маркетингу, які популяризують тестування, лікування та інші послуги.

Втручання, спрямовані на зміну поведінки, мають здійснюватися як частина інших втручань із комплексного пакета послуг, що включає втручання у сфері охорони здоров'я і стратегії для створення сприятливого середовища. Вони можуть відбуватися при особистому спілкуванні або через засоби масової інформації чи цифрові засоби на зразок інтернету. Вибір змісту, підходу та засобу реалізації втручання має спиратися на належний аналіз місцевої ситуації. Хоча логіка поведінкових втручань ґрунтується насамперед на індивідуальній обізнаності та прийнятті рішення щодо ризику, такі втручання можуть також спрацьовувати на рівні громади. Наприклад, доцільно залучати лідерів громадської думки до навчання з питань

спілкування зі своїм оточенням, внаслідок чого змінюватиметься сприйняття соціальних норм щодо ризиків і запобігання їм [Профілактика, 2018].

Низка поведінкових втручань здатна надати інформацію та сформувати навички, що сприятимуть зниженню ризику, профілактиці передання ВІЛ, ТБ, ППСШ та гепатитів і підвищенню рівня користування послугами серед представників усіх ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ВІЛ, ППСШ, ТБ, вірусними гепатитами та іншими соціально небезпечними хворобами.

4.5. Рекомендації для органів державного управління, у тому числі у сфері охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях, щодо протидії поширенню соціально небезпечних хвороб

У результаті експертного опитування виявлено напрями для поліпшення, надано рекомендації для органів державного управління, у тому числі у сфері охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях, щодо протидії поширенню соціально небезпечних хвороб, що можуть бути враховані під час планування як національних, так і регіональних програм, заходів, насамперед у частині, що стосується захисту громадського здоров'я, удосконалення системи МіО та планування стратегічної інформації у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції, ППСШ, туберкульозу та гепатитів.

На запитання «Які рекомендації для: органів державного управління, у тому числі у сфері охорони здоров'я, щодо протидії поширенню соціально небезпечних хвороб в Україні Ви могли б зазначити на національному рівні» більшість експертів зазначили:

– **інформаційні заходи:** сприяти проведенню інформаційних компаній для загального населення щодо шляхів інфікування на ВІЛ, ППСШ, ТБ, гепатити, можливостей лікування, що допомагає підтримувати високий рівень здоров'я, народжувати здорових дітей і щодо профілактики соціально небезпечних хвороб; проводити тренінги з

обміну досвідом та інформкомпанії для лікарів; проводити навчання для сімейних лікарів та інших лікарів щодо протидії стигматизації та самостигматизації, особливо у селах і маленьких містах;

– **збільшення державного фінансування послуг, пов'язаних з цими хворобами:** запровадити безкоштовну діагностику та лікування гепатитів, ПСШ для малозабезпечених верств населення; запровадити безкоштовні аналізи для груп ризику на гепатити та ПСШ; забезпечити сучасне обладнання для обстеження на ТБ у кожному лікарню; введення оцінки якості тестування на ВІЛ, гепатити на рівні первинної медичної допомоги; збільшити фінансування на рахунок безкоштовного обстеження на гепатити (ПЛР, генотипування, еластографія) та ПСШ (ПЛР дослідження) серед груп ризику; запровадити масове безкоштовне або дуже дешеве тестування, зокрема самотестування на гепатит, ПСШ, ТБ, ВІЛ; збільшення фінансування на програму громадського здоров'я;

– **координація і планування програм на рівні недержавних організацій, спрямованих на соціальну профілактику і протидію поширенню соціально небезпечних хвороб:** надати НУО більш вагомого юридичного статусу, впровадити закони про забезпечення НУО з державних програм і прийняти закон про надання приміщень для НУО на безоплатній основі задля кращого і сталого надання послуг групам ризику; долучати громадські організації до впровадження інтервенцій по боротьбі з соціально небезпечними хворобами за перевіреною та ефективною схемою рекрутинг – тестування – кейс-менеджмент; зменшити розрив між державою та НУО у сфері стратегії та тактики у вигляді рекомендацій, спільних проєктів та інше, координація зусиль;

– **створення сприятливого політико-правового середовища:** прийняття державних програм з протидії поширенню соціально небезпечних хвороб, приведення протоколів лікування до рівня кращих міжнародних практик, введення в закладах охорони здоров'я політик, спрямованих на зниження рівня стигми і дискримінації, удосконалити моніторинг за соціально небезпечними хворобами до рівня найкращих світових практик; прийняти Програми протидії поширенню соціально небезпечних хвороб з урахуванням успішних інноваційних практик. Розробити Національну програму з урахуван-

ням особливостей населення та можливостей системи охорони здоров'я. Посилити і створити суворий моніторинг по виконанню проєктів профілактики, недопущення зловживань НУО. Удосконалення норм правової бази щодо надання послуг у сфері профілактики, у т. ч. тестування ВІЛ немедичними працівниками НУО. Удосконалення нормативно-правової бази, перегляд підходів до планування програм з профілактики, втілення індикаторів якості надання послуг з профілактики та контроль за їх виконанням, розширення доступу до діагностики й лікування ІПСШ, гепатитів. Регулярний перегляд державної стратегії подолання соціально небезпечних хвороб і приведення, відповідно до цих переглядів, інших нормативних актів у синхронізацію. Особливо це стосується програми медичних гарантій.

Отже, основні рекомендації експертів для органів державного управління, у тому числі у сфері охорони здоров'я, щодо протидії поширенню соціально небезпечних хвороб в Україні на національному рівні стосуються інституціональних, медичних, правових факторів, які свідчать про недоліки в системі охорони здоров'я, умов надання медичної допомоги, фінансування, правового і політичного середовища, які суттєво впливають на формування поведінки щодо власного здоров'я.

Якщо *на національному рівні* запропоновані експертами рекомендації стосуються інформування, фінансування, співпраці з НУО і створення сприятливого політико-правового середовища, то *на регіональному рівні* – доступності та якості медичних послуг, співпраці з НУО, інформування, фінансування, подолання стигми та дискримінації. Зокрема:

– **забезпечення належного доступу до медичних послуг** щодо профілактики, лікування, догляду та підтримки та їх якості: запровадження виїздів у віддалені райони для більшого обстеження та раннього виявлення соціально небезпечних хвороб. Впровадження додаткових послуг за кошти місцевої влади; до прикладу – діагностики ВГ. Децентралізація послуги з тестування та лікування, запровадження тестування з контролем його рівня у закладах охорони здоров'я. Оцінка потреб клієнтів, регулярна діагностика клієнтів і посилення епіднадзора. Створення центрів інтегрованої допомоги. Впровадження соціального замовлення з діагностики та раннього

виявлення соціально небезпечних захворювань. Розробка місцевих програм профілактики соціально небезпечних хвороб, регулярність роботи місцевих координаційних рад за участю представників ключових груп, розробка політики протидії соціально небезпечним хворобам на місцевому рівні, моніторинг і контроль, проведення вчасного діагностування на ВІЛ, а також на СД4, щоб вчасно надати лікування. Планування потреб регіону на АРТ у достатній кількості й різноманітності схем, щоб усі потребуючі могли отримати лікування. Соціальна підтримка хворих, обов'язкове щорічне обстеження груп ризику;

– **надання НУО** приміщення на безоплатній основі або на пільгових умовах, співпраця та підтримка місцевих громадських організацій, підтримувати фінансово з місцевих бюджетів та зобов'язати місцевих олігархів надавати дотації для виконання завдань з профілактики соціально небезпечних захворювань. Розширення доступу НУО до впровадження інтервенцій для груп ризику;

– **проведення інформаційних компаній** для населення на рівні громад про поширення соціально небезпечних хвороб, шляхи інфікування, можливості діагностики та лікування, аналіз потреб за допомогою проведення круглих столів за участю активістів на представників організацій тощо;

– **у бюджетах усіх рівнів має бути обов'язковим фінансування** на профілактичні заходи з громадського здоров'я, забезпечення безкоштовним обстеженням на ВІЛ, ТБ, гепатити та ІПСШ, фінансування програм соціальної допомоги, лікування та профілактики соціально небезпечних хвороб залежно від прихильності хворого до лікування. Доплата соцпрацівникам, лікарям від місцевого бюджету;

– впровадження в закладах охорони здоров'я політик, спрямованих **на зниження рівня стигми і дискримінації** з боку медичних працівників, застосування чутливого підходу; проведення адвокаційних кампаній, спільних з НУО заходів щодо зниження стигматизації та самостигматизації як з боку лікарів, так і оточення.

Висновки

На сьогодні проблема туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІД, ІПСШ, ТБ, вірусних гепатитів вийшла за межі суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного значення через неспинне зростання темпів їх поширення серед населення України.

Профілактика соціально небезпечних хвороб є одним із пріоритетів державної політики, що представлено в широкому переліку державних гарантій на законодавчому рівні. Однак основні проблеми з точки зору досягнення цільових показників пов'язані з відсутністю міжвідомчої координації та значним недофінансуванням заходів з протидії ВІЛ, ТБ, ІПСШ, гепатитів на рівні державного та місцевих бюджетів. Відсутність дієвого механізму фінансування надання послуг НУО – це ще одна перешкода.

Лікувальні послуги є одними з найбільш розвинених в Україні, хоча вони все ще потребують покращення та стандартизації [Аваліані, Яременко. Оцінка політико-правового середовища, 2016].

Основні перешкоди на шляху протидії соціально небезпечним хворобам – низький рівень знань населення про наявні послуги, занадто складні адміністративні процедури, а також стигма і дискримінація, особливо серед медичного персоналу. Україна досягла певних успіхів у профілактиці ВІЛ, ТБ, гепатитів, ІПСШ серед найбільш уразливих груп населення, особливо ЛВІН. Проте стигма і дискримінація щодо них диктуються не лише соціальними нормами, а й нормативно-правовою базою України, яка часто не забезпечує конкретних механізмів правового захисту цих людей. Нормативно-правова база України не обмежує рівні права та можливості ЛЖВ у політичному, соціальному та культурному житті. Однак, оскільки існує високий рівень їхньої стигми та дискримінації, це істотно впливає на їхню поведінку та самооцінку й часто заважає їм реалізувати свій потенціал. Ці ж проблеми стосуються і груп ризику щодо інфікування ТБ, ІПСШ і гепатитів.

Необхідно забезпечити контроль за виконанням усіх нормативних документів з метою надання підтримки найбільш уразливим групам населення, а також усунення перешкод, що призводять до їхньої маргіналізації і негативно впливають на лікування.

Ефективне впровадження чинних законодавчих норм має вирішальне значення з точки зору покращення соціального захисту ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ВІЛ, ТБ, ІПСШ, гепатитів та здоров'я населення в цілому. Крім того, ефективна координація дій на центральному та місцевому рівнях є важливою для впровадження комплексного підходу до протидії епідемії ВІЛ, ІПСШ, ТБ і гепатитів.

Масштабне поширення туберкульозу зумовлено і поширенням епідемій наркозалежності та ВІЛ/СНІДу, і соціально-економічною нестабільністю, зниженням життєвого рівня населення, неякісним харчуванням певних груп населення, збільшенням кількості соціально дезадаптованих осіб, а також застосуванням неефективних засобів діагностики, лікування і заходів профілактики. Туберкульоз вважається «соціальною» хворобою і його профілактика повинна бути структурною, зокрема орієнтованою на боротьбу з бідністю і хронічними стресами, що зменшують імунітет людини.

Поширене розуміння профілактики соціально небезпечних хвороб як такої, що може здійснюватися на трьох рівнях – первинному (широка робота з усім населенням), вторинному (робота з найбільш уразливими групами) і третинному (допомога тим, хто вже має ту чи іншу проблему, аби зупинити поширення хвороби чи негативне явище надалі).

Первинна профілактика спрямована на те, щоб сформувати здоровий спосіб життя та запобігти першій спробі вживання наркотиків й алкоголю. Вироблення в суспільстві негативного ставлення до вживання психоактивних речовин, потреби в дотриманні безпечної сексуальної поведінки дає змогу уникати хвороб, які передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ, а дотримання базових санітарних норм і здорового харчування – убезпечити від поширення туберкульозу тощо. Первинна профілактика виходить із того, що підсумки численних наукових досліджень залежності здоров'я особистості від різних чинників впливу підтверджують: рівень розвитку й стану системи охорони здоров'я в будь-якому суспільстві зумовлює в середньому лише близько 10% всього комплексу впливів. Решта 90% припадає на: умови зовнішнього середовища (близько 20%), на спадковість (близько 20%) і найбільша – на спосіб життя (50%) [Комплексна зовнішня оцінка національних заходів..., 2008: с. 21]. Відтак саме

формування здорового способу життя і зміна чинних підходів до виховання мають перебувати в центрі уваги державної політики.

Без задоволення потреб основних груп населення заходи з протидії ВІЛ не будуть стабільними. Проте в більшості країн з генералізованою епідемією ВІЛ такі заходи досі спрямовано майже виключно на загальне населення. Навіть країни, які визнають, що епідемія ВІЛ зосереджена в ключових групах населення, часто неохоче впроваджують необхідні заходи для охоплення осіб, що найбільше потребують такої допомоги.

Ефективна відповідь на ВІЛ, ТБ, ПСШ і гепатити не лише потребує надання послуг і розроблення програми підтримки для груп ризику інфікування цими хворобами, а й вимагає впровадження внутрішньосистемних і зовнішніх змін, яких можна досягти лише спільними зусиллями. Численні чинники, що впливають на поведінку і на особистий ризик виникнення соціально небезпечних хвороб у представників ключових та уразливих груп населення, перебувають переважно поза їхнім особистим контролем. Зокрема, є ціла низка соціальних, правових, структурних та інших контекстуальних факторів, які підвищують рівень уразливості груп ризику до соціально небезпечних хвороб та обмежують їхній доступ до отримання послуг у зв'язку з цими хворобами. До таких чинників відносять стигматизацію й дискримінацію, бідність, насильство та бездомність серед певних груп населення. Ці фактори впливають на рівень захищеності від соціально небезпечних хвороб окремих осіб і груп населення; вони можуть обмежувати доступ до інформації, профілактичних послуг і засобів лікування та догляду, що певним чином впливає на їхню поведінку.

Сучасна епідемічна ситуація потребує більш системного, послідовного, всеохопного та нормативно врегульованого підходу до протидії поширенню туберкульозу, ВІЛ, ПСШ, гепатитів та інших соціально небезпечних хвороб на засадах запровадження багатовідомчого та багатосекторального підходу до протидії цим захворюванням, а також залучення до цього процесу ширшого кола зацікавлених сторін.

Необхідно сформувати комплекс соціально-економічних заходів щодо покращення умов і способу життя, навколишнього середовища, виховання тощо з метою створення умов, що унеможлиблю-

ють появу нових випадків інфікування туберкульозом та іншими соціально небезпечними інфекційними хворобами, а також передбачають здійснення діяльності, спрямованої на послаблення негативного впливу цих інфекційних хвороб на громади та українське суспільство як соціальну систему загалом. У разі такого комплексного підходу профілактика у сфері запобігання поширенню туберкульозу та інших соціально небезпечних хвороб здійснюватиметься шляхом виявлення, нейтралізації або усунення причин та умов, що підтримують персистенцію біологічного збудника їх серед представників окремих соціальних груп і серед широких верств населення.

Міжнародний досвід організації заходів щодо запобігання розвитку соціально небезпечних хвороб підтверджує існування різноманітних підходів щодо механізму державного впливу на цю проблему, через що в деяких країнах (наприклад, Литва, Польща, Естонія) сфера відповідальності держави за дотримання епідемічного благополуччя населення поділена між органами виконавчої влади, які безпосередньо й не належать до галузі охорони здоров'я, наприклад, у сфері соціального захисту, охорони праці, охорони природи, сільського господарства, енергетики, надзвичайних ситуацій, внутрішніх справ тощо. Ці сфери впроваджують заходи, спрямовані на організацію медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання [Заходи з протидії туберкульозу вимагають змін, 2020].

Тож до вирішення завдань повинно бути залучене широке коло учасників та, за наявності, відповідні їм місцеві структури, а саме: соціальної політики, освіти і науки, оборони, внутрішніх справ, з питань тимчасово окупованих територій і внутрішньо переміщених осіб, культури, молоді, спорту, екології, інфраструктури, регіонального розвитку, житлово-комунального господарства, інформаційної політики, юстиції, міграційної служби, надзвичайних ситуацій, і представники громадянського суспільства.

Пропонується розглядати протидію соціально небезпечним хворобам не як систему медичних заходів, а як складну комплексну політичну, управлінську, економічну, соціальну, медичну, гуманітарну, культурну тощо проблему, вирішення якої лише медичними засобами та галузевим медичним управлінням не є ефективним.

Джерела

Аваліані, Н., Яременко, О. Оцінка політико-правового середовища для усунення нормативно-правових перешкод на шляху до досягнення «цілей 90–90–90». *Матеріали конференції «Профілактична медицина»*, 2016.

Бар'єри лікування туберкульозу в Україні: результати дослідження. (2020). Отримано з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Variety_likuvannia_TV_report.pdf

Волкославская, В. Н., Гутнев, А. Л. (2011). Динамика заболеваемости патологией кожи и инфекциями, передающимися половым путем, населения Украины за последние годы (2000–2010 гг.). *Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии*, 15, с. 23–26.

В умовах епідемії COVID-19 не можна забувати про туберкульоз. (2020). Отримано з: <https://www.prostir.ua/?news=v-umovah-epidemiji-covid-19-ne-mozhna-zabuvaty-pro-tuberkuloz>

Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту 2016–2021. (2016). На пути к ликвидации вирусного гепатита. Отримано з: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250042/WHO-NIV-2016.06-rus.pdf>

Гепатити В та С як загроза громадському здоров'ю. (2020). Січень 2020. Отримано з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/FINAL_MSIF_2020_22_Januar_small.pdf

Гепатит: шляхи передавання та профілактика. (2018). Отримано з: <https://phc.org.ua/news/gepatiti-shlyakhi-peredavannya-ta-profilaktika>

Гендерний підхід. (2016). Отримано з: <https://profihealth.org.ua/uk/lessons/129>

Дослідження доступності лікування коінфекції ВІЛ та вірусного гепатиту С в Україні. (2021). Отримано з: <https://phc.org.ua/news/doslidzhennya-dostupnosti-likuvannya-koinfekcii-vil-ta-virusnogo-gepatitu-s-v-ukraini>

Дніпропетровський обласний медичний центр соціально значущих хвороб. (2021). Отримано з: <https://www.facebook.com/dnepr.center/photos/a.572176229655561/1492819030924605/?type=3>

Дослідження доступності лікування коінфекції ВІЛ та вірусного гепатиту С в Україні. (2021). Отримано з: <https://phc.org.ua/news/doslidzhennya-dostupnosti-likuvannya-koinfekcii-vil-ta-virusnogo-gepatitu-s-v-ukraini>

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ». Отримано з: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>

Заходи з протидії туберкульозу вимагають змін. (2020). Отримано з: <https://auc.org.ua/novyna/zahody-z-protydiyi-tuberkulozu-vumagayut-zmin>

Здоровые модели поведения: больше внимания к анализу поведенческих и культурных факторов. (2019). Отримано з: <https://www.who.int/europe/ru/initiatives/healthier-behaviours-incorporating-behavioural-and-cultural-insights>

Здоров'я та самопочуття українців. (2017). Соціологічна група «Рейтинг». Отримано з: http://ratinggroup.ua/research/ukraine/zdorove_i_samochuvstvie_ukraincev.html

Знання, ставлення, поведінка та практики щодо ВІЛ/СНІД, туберкульозу, вірусних гепатитів В і С та інфекцій, які передаються статевим шляхом. (2015). *Аналітичний звіт за результатами опитування курсантів і слухачів заочного відділення НАВС і училищ професійної підготовки працівників міліції та експертів з-поміж керівного складу окремих підрозділів МВС*. Київ: ФОП Клименко Ю. Я. Отримано з: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KSNX.pdf

Демченко, І., Скокова, Л., Булига, Н., (2020). Індекс стигми людей, які живуть з ВІЛ. (2020). Київ, с. 34–35. Отримано з: <https://network.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/INDEKS-STYGMY-LYUDEJ-YAKI-ZHYVUT-Z-VIL-2.0-1-1.pdf>

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). (2017). Отримано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/infekcii-scho-peredayutsya-statevim-shlyakhom-ipssh>

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). (2017) / ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Отримано з: <http://surl.li/mkqfu>

Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: Зведений звіт. (2008). Варіант «0». Київ, с. 21.

Ковалёв, А. Д. (1997). Формирование теории действия Тэлкотта Парсонса. *История теоретической социологии: в 4-х т. Т. 3. Москва: Канон, с. 150–179.*

Мертон, Р. К. Социальная теория и социальная структура. Отримано з: https://platona.net/load/knigi_po_filosofii/socialnaja_filosofija/robert_merton_socialnaja_teoriya_i_socialnaja_struktura/24-1-0-210

МіО в сфері громадського здоров'я. (2016). Отримано з: <https://profi.health.org.ua/uk/lessons/138>

Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики. (2004). Метод. рекомендации для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИДа. Киев: Изд-во СПИД Фонда «Восток – Запад».

Поведінкові детермінанти здоров'я. (2019). Результати національного репрезентативного дослідження «Індекс здоров'я. Україна». Київ. Отримано з: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1_2019--102-124.pdf

Поведенческие и культурные факторы. (2022). Behavioural and Cultural Insights. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; Отримано з: www.bci-hub.org

Проблематика громадського здоров'я. (2020). Отримано з: http://www.cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya_480.html

Перелік осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.05.2014 № 327. Отримано з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0577-14#Text>

Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків: наказ № 955 від 05.11.2013. Отримано з: https://zakononline.com.ua/documents/show/343471__663994

Про затвердження Порядку організації виявлення туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції: наказ Міністерства охорони здоров'я № 302 від 16.02.2022. Отримано з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0366-22#n10>

Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз: наказ МОЗ України 01.02.2019 № 287 (зі змінами № 2244 від 18.10.2021). Отримано з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0408-19#Text>

Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України. *Відомості Верховної Ради України*. 1992, № 11, ст. 152. Отримано з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>

Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. Отримано з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>

Профілактика ВІЛ-інфекції, діагностика, лікування та догляд для ключових груп населення. (2018). Клінічна настанова, заснована на доказах. Отримано з: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2018_07_kn_profvil.pdf

Реформа ВІЛ-послуг у дії. (2016). Проект USAID. *Матеріали конференції 12. Профілактична медицина. № 3–4 (27)*. м. Київ. Отримано з: https://duieih.kiev.ua/documents/journal/3_4_2016_appendix.pdf

Сбор поведенческих данных для национальных программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и ИППП. (2001). Совместный семинар ИМПАКТ/

ФХИ/ЮНЭЙДС: отчет и выводы 1998. Отримано з: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/meetingbehavdata_ru_0.pdf

Семигіна, Т., Романова, Н., Белишев, О. (2010). Самооцінка молоді щодо здоров'я та способу життя. *Вісник Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту*. № 3. С. 139–149.

Соціально-поведінкові дослідження. (2016) Отримано з: <https://knowledge.org.ua/ru/issledovatelyam/sotsialno-povedencheskie-issledo-vaniya/>

Сочнев, А. В. (2007). Поведенческие факторы здоровья молодежи. Отримано з: [http://www.unn.ru/pages/e-library/vestnik_soc/99990201_West_soc_2007_1\(6\)/20.pdf](http://www.unn.ru/pages/e-library/vestnik_soc/99990201_West_soc_2007_1(6)/20.pdf)

Статистика з ВІЛ/СНІДу. (2022). Отримано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>

Стратегии изменения поведения людей: роль систем здравоохранения. Европейский региональный комитет. (2008). Пятдесят восьмая сессия. Тбилиси, Грузия, 15–18 сентября 2008 г. Отримано з: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/70189/RC58_rdoc10.pdf

Толкунова, І. В., Гринь, О. Р., Смоляр, І. І., Голець, О. В. (2018). Психологія здоров'я людини / за ред. І. В. Толкунової. Київ: 156 с. Отримано з: <http://surl.li/mkqhf>

Флагманская инициатива ВОЗ в сфере анализа поведенческих и культурных факторов: адаптация мер политики к реальным потребностям людей. (2019). Отримано з: <http://surl.li/mkqhx>

Українське суспільство: моніторинг соціальних змін. (2020). Випуск 7 (21) / Головні редактори д. екон. н. В. М. Ворона, д. соціол. н. М. О. Шульга. Київ: Інститут соціології НАН України, 2020. 547 с.

Фещенко, Ю. І., Мельник, В. М. (2003). Сучасні погляди на епідситуацію з туберкульозу в Україні. *Укр. пульмонол.*, 2, с. 75–80.

Чи доступні курси лікування гепатитів В/С на Сумщині? (2021). Отримано з: <http://sm.gov.ua/uk/arkhiv1/26047-chy-dostupni-kursy-likuvannya-hepatytiv-vs-na-sumshchyni.html>

Benotsch, E. G. et al. (2004). A comparison of HIV/AIDS knowledge and attitudes of STD clinic clients in St. Petersburg, Russia and Milwaukee, WI, USA. *Journal Community Health*. Vol. 29, N 6, p. 451–465.

Benotsch, E. G. et al. (2004). Drug use and sexual risk behaviours among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs. *International Journal of STD & AIDS*. Vol. 15, N 5, p. 343–347.

Fisher, J. D., Fisher W. A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychology Bulletin*. Vol. 111, N 3, p. 455–474.

Gandelman, A. A., Vogan S. A., Dolcini M. M. (2005). Assessing HIV prevention provider knowledge of behavior science theory: building on existing intuitive experience. *Health Promotion Practice*. Vol. 6, N 3, p. 299–307.

Grau, L. E. et al. (2013). Cultural adaptation of an intervention to reduce sexual risk behaviors among patients attending a STI clinic in St. Petersburg, Russia. *Prevention Science*. Vol. 14, № 4, p. 400–410.

Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015. Geneva, World Health Organization, (2011). Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf, accessed 25 February 2011

Giving young people the information, skills and knowledge they need. Comprehensive Sexuality Education. New York, United Nations Population Fund. (2013). Retrieved from: <http://www.unfpa.org/public/home/adolescents/pid/6483>, accessed 11 March 2014

Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. (2013). Geneva, World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014

Katz, I. T. et al. (2014). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16 (3 Suppl 2):18640.

Lazarus, J. V. et al. (2010). Systematic review of interventions to prevent the spread of sexually transmitted infections, including HIV, among young people in Europe. *Croatian Medical Journal*. Vol. 51, N 1, p. 74–84.

Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*. Vol. 11, N 2, p. 147–172.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 428 p.

Occupationally-Acquired Infections in Healthcare Settings. Отримано з: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/oai-hcp.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhai%2Fprevent%2Fppe.html

Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund quarterly*. Vol. 44, N 3, p. 94–127.

Takács, J. et al. (2006). «Condoms are reliable but I am not»: a qualitative analysis of AIDS-related beliefs and attitudes of young heterosexual adults in Budapest, Hungary, and St. Petersburg, Russia. *Central European journal of public health*. Vol. 14, N 2, p. 59–66.

Rhodes, F., Wolitski, R. J. (1990). Perceived effectiveness of fear appeals in AIDS education: relationship to ethnicity, gender, age, and group membership. *AIDS Education and Prevention*. Vol. 2, № 1, p. 1–11.

UNAIDS Terminology Guidelines. (2007). Retrieved from: https://documentation.lastradainternational.org/lisidocs/unaid_07_terms_0607.pdf

ПІСЛЯМОВА

Загальна гіпотеза даного дослідження була заснована на уявленні про те, що виникнення й поширення соціально небезпечних хвороб у суспільстві детермінується комплексом різних чинників і являє собою складне поєднання різних факторів, які мають прямий або опосередкований вплив на перебіг цих хвороб і масштаби епідемій. Визначення специфіки, ступеня впливу та врахування ваги соціокультурних, економічних, правових, інформаційних, екологічних, здравоохоронних, поведінкових та інших факторів у боротьбі з поширенням соціально небезпечних хвороб є необхідною умовою для створення системи ефективної соціальної профілактики цих захворювань у суспільстві. Отже, результати проведеного дослідження підтвердили як загальну гіпотезу, так і робочі гіпотези:

– такі чинники як обмежений доступ до соціально-економічних ресурсів окремих груп населення і незадовільний стан системи соціального забезпечення і охорони здоров'я в Україні виявилися суттєвими, але не єдиними факторами поширення соціально небезпечних хвороб;

– ініціалізація самоорганізаційних практик і мотиваційне забезпечення самозбереження здоров'я населення шляхом формування відповідних поведінкових стратегій є ефективним інструментом мінімізації уразливості населення щодо соціально небезпечних хвороб і протидії їх поширенню в Україні;

– впровадження соціальних програм, спрямованих на соціальну профілактику і протидію поширенню соціально небезпечних хвороб шляхом формування в населення поведінкових стратегій, які ґрунтуються на усвідомленні відповідальності за власну поведінку, залучення до цієї роботи локальних громад і представників самих уразливих спільнот, розвиток організаційних та інформаційно-консультативних спроможностей недержавних і волонтерських організацій дасть змогу мінімізувати негативні наслідки соціально

небезпечних хвороб для суспільства і зменшити навантаження на системи соціального забезпечення і охорони здоров'я населення України в цілому.

Важливість отриманих результатів дослідження полягає в тому, що вони можуть бути використані для уточнення соціологічної термінології; в розробці соціальних проєктів і інтервенційних програм; для врахування прикладних висновків і пропозицій для управлінських структур, у тому числі МОЗ України, а також для розробки інформаційно-комунікаційної стратегії з метою зміни ціннісно-нормативного базису, що передбачає зміну свідомості громадян щодо піклування про власне здоров'я, і в тому числі зниження рівня ризику в поведінці щодо соціально небезпечних захворювань.

Наукове видання

**Чепурко Гультбаршин
Клименко Олена
Привалов Юрій
Трофименко Олеся**

Монографія

**ПОВЕДІНКОВІ СТРАТЕГІЇ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ
ПОШИРЕННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ**

Відповідальна за випуск: *Т. Загороднюк*
Редактор: *О. Кузьміна*
Комп'ютерна верстка: *О. Соколова*

Підписано до друку 05.12.2023 р. Формат 60x84/16. Папір офс. № 1.
Друк офсетний. Ум. др. арк. 13. Замов. № . Наклад 300.

Видруковано з оригінал-макета,
виготовленого в комп'ютерному комплексі
Інституту соціології НАН України.
01021, Київ-21, вул. Шовковична, 12

Надруковано ТОВ НВП «Інтерсервіс».
02099, м. Київ, вул. Бориспільська, 9