

ОЛЕНА КЛИМЕНКО,

доктор соціологічних наук, професор, старший науковий співробітник відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України (01021, Київ, вул. Шовковична, 12)

OLENA KLYMENKO,

Doctor of Sciences in Sociology, Professor, Senior Research Fellow at the Department of Social Expertise, Institute of Sociology, National Academy of Sciences of Ukraine (12, Shovkovychna St., Kyiv, 01021)

klimenkoelens@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8560-8642>

**Взаємозв'язок динаміки поширення
соціально-небезпечних хвороб із соціальними
нерівностями та умовами воєнного часу в Україні**

Вступ

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

Необхідно звернути увагу на той факт, що впродовж останніх 20 років в Україні спостерігається негативна тенденція до збільшення зареєстрованих нових випадків захворювання на соціально-небезпечні недуги. За офіційними даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, на 1 жовтня 2022 року в країні налічувалося 245 тис. ВІЛ-позитивних громадян, минулого 2022 року було виявлено 11 871 новий випадок інфікування, що на 18 % менше за попередній довоєнний рік (14 556 хворих на ВІЛ у 2021-му), поряд із тим кількість тестувань

Цитування: Клименко, О. (2023). Взаємозв'язок динаміки поширення соціально-небезпечних хвороб із соціальними нерівностями та умовами воєнного часу в Україні. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 2, 143–161, <https://doi.org/10.15407/sociology2023.02.143>.

загалом зменшилася на 26 % (1,4 млн проб), що зумовлено веденням активних бойових дій та припиненням діяльності профільних медичних закладів на тимчасово непідконтрольних урядові територіях (Епідемічна ситуація, 2022). Проте за тих самих обставин в аналогічний період на 2,5 % зросла кількість уперше зареєстрованих захворювань на туберкульоз (далі ТБ) та його рецидивів, що на 1 жовтня 2022 року становило 18 510 випадків (18 241 інфікований за аналогічний період 2021 року) (Статистика з туберкульозу, 2022). Водночас Україна і далі зберігає статус країни із 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, 2022). На жаль, статистичної інформації щодо поширення вірусних гепатитів після початку російської агресії Центр громадського здоров'я МОЗ України не дає. 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 розроблення програм із протидії поширенню соціально-небезпечних хвороб.

Високий рівень статистичних показників у сучасних складних умовах вимагає консолідації зусиль держави та громадянського суспільства, зміни стереотипів у поведінці хворих і ставленні до них навколишніх з метою розроблення програм щодо ефективнішої боротьби з поширенням ВІЛ, туберкульозу, гепатитів та інфекційних хвороб, які передаються переважно статевим шляхом. Проте, не розкривши особливостей поведінкових стратегій носіїв зазначених захворювань, не встановивши справжніх причин масового поширення їх, 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 життєвої активності людей із певним соціально-небезпечним діагнозом. Дієвим кроком у цьому сенсі може стати вивчення соціальних нерівностей та стратегій носіїв соціально-небезпечних хвороб.

Тому *метою статті* є вивчення взаємозв'язку динаміки поширення соціально-небезпечних хвороб із соціальними нерівностями та умовами воєнного часу в Україні, що передбачає виконання таких *завдань*: 1) висвітлити теоретичні аспекти соціологічних досліджень проблем поширення соціально-небезпечних хвороб та розвитку соціології здоров'я; 2) проаналізувати результати 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 року; 3) описати вплив наявних соціальних нерівностей та умов воєнного часу на поширення соціально-небезпечних хвороб.

Теоретичні аспекти

Першим на соціальну значущість вивчення медичної активності в суспільстві та існування «особливого способу життя» під час хвороби звернув увагу американський соціолог Т. Парсонс. Заслугою його стало дослідження взаємовідносин між лікарем і пацієнтом у контексті особливої соціальної взаємодії, описаної в рамках теорії ролей. Науковець розглянув парадигму «непрацездат-

ності» 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 розглянуті 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 з його боку моделі поведінки та змінити характер його соціальної взаємодії. Водночас центральною фігурою легітимації «ненормальності» (відхилення) хворого є лікар, який перебирає на себе відповідальність за медичний супровід та повернення суспільству його здорового члена. Отже, взаємодії на рівнях «лікар–пацієнт» і «хворий–суспільство» мають бути регламентовані як певні права та обов'язки, визначені межами медичної необхідності й соціальної безпеки, що дало підстави Т. Парсонсу говорити про систему охорони здоров'я як соціальний інститут, який гарантує суспільству якісну боротьбу з хворобами, непоширення гострих інфекційних захворювань та запобігання спалахам епідемій (Parsons, 1951). Такий підхід не тільки дав соціологам можливість всебічно проаналізувати роль соціальних умов і визначити коло чинників збільшення захворюваності в той чи інший період життя суспільства, а й наочно продемонстрував соціальну зумовленість підтримання здоров'я населення й дав змогу на міждисциплінарному рівні підійти впритул до вивчення медико-соціальних аспектів впливу на здоров'я населення способу життя хворих як сукупності найхарактерніших, типових видів соціальної взаємодії.

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

*1. Теорія «чинників» Ч.-Е. Вінслоу,
або теорія «нерозривного кола злиднів і хвороб».*

Автором зазначеної теорії є видатний громадський діяч, член Всесвітньої організації з охорони здоров'я (ВООЗ) Ч.-Е. Вінслоу, який, застосовуючи ідеї Т. Парсонса, обґрунтував існування «нерозривного кола злиднів і хвороб» (1958), описавши «передумови виникнення залежності між усіма чинниками суспільної системи» (Winslow, 1958: p. 28). У підґрунті теорії 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 як ключові чинники негативного впливу на здоров'я населення. На думку прихильників цієї теорії, злидні (відсутність фінансового благополуччя) є передумовою росту захворюваності, паралельно з цим хвороба

сама по собі є чинником, що провокує збільшення економічних витрат, які, своєю чергою, можуть призвести до зубожіння, а отже, створюється нерозривне коло, відтворення якого в певному соціальному середовищі може спричинити негативні наслідки для суспільства в цілому, а тому його потрібно розірвати через поліпшення здоров'я або усунення злиднів.

На перший погляд, ця теорія заслуговує на увагу, тим паче, що її автор не просто твердить про ключовий вплив соціально-економічних чинників на якість здоров'я суспільства в цілому, а й визнає множинність чинників, які визначають рівень захворюваності. Однак головним недоліком теорії «чинників» є ігнорування ролі особистості в боротьбі з хворобою, а також важливості усвідомлення індивідом відповідальності перед суспільством за поширення хвороб. В аналізі чинників, що впливають на якість здоров'я, недостатньо вказувати на очевидний вплив бідності. На наш погляд, потрібно враховувати не тільки передумови виникнення хвороби, а й заходи щодо запобігання її подальшому поширенню в соціальному середовищі, включно з особистою відповідальністю.

2. Соціобіологія Е. Вілсона.

Соціобіологія як теорія виникла в 70-х роках ХХ століття, її засновником вважають автора монографії «Соціобіологія: новий синтез» американського біолога Едварда Вілсона (Wilson, 1975). Він перший зробив спробу дослідити вплив ключових законів біології на характер організації соціальних спільнот та їхню 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, на підставі біологічних концепцій науковці робили ще з початку ХХ століття, Е. Вілсон узяв за основу своєї теорії науковий доробок англійського філософа-еволюціоніста Герберта Спенсера, який адаптував вчення Ч. Дарвіна застосовно до соціологічної проблематики. Так званий соціальний дарвінізм певний час панував не тільки в демографії, медицині, антропології, а й у соціології у вигляді екстраполяції законів біологічної теорії виживання на соціальні процеси та явища. За аналогією з будовою й функціями тваринного організму він розглядав призначення та функції соціальних груп і верств у суспільстві. Так, Г. Спенсер на основі біологічної концепції конкурентної боротьби створив еволюційну теорію, відповідно до якої можуть вижити лише найбільш пристосовані й адаптивні члени суспільства. Звідси відтворення населення розглядалося на підставі так званого закону оберненої мінливості (the law of inverse variability) 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, її способу життя та здоров'я від біологічних характеристик через створення «біограм» — визначення спроможності до пристосування в нових умовах (Wilson, 1975: р. 184). На думку вченого, суто соціальні процеси адаптації до умов життя в сучасній цивілізації відбуваються за сприяння біологічних чинників, які формують базову основу для пристосування в середовищі та цивілізації. Отже, підвищення рівня захворюваності та збільшення масових епідемій інфекційних

хвороб — ніщо інше, як природний добір — перевірка суспільства на адаптивність і спроможність протистояти новим викликам. Соціобіологія була покликана на міждисциплінарному рівні вивчати біологічні й 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 набули.

3. Теорія стресу Г. Сельє.

Першим звернув увагу на взаємозв'язок поведінки хворих з їхнім психологічним станом Ганс Сельє, який увів у науковий обіг термін «стресор», описавши його в книзі «Життєвий стрес» (Selye, 1984). Стан здоров'я, на думку науковця, зумовлений впливом різноманітних подразників — чинників навколишнього середовища та внутрішнього світу людини, які здебільшого здійснюють стресовий вплив. Стресори викликають функційне напруження всіх систем організму, що за нормальних умов життя на тлі соціального благополуччя забезпечує підтримання здоров'я (прагнення відновити його або підтримувати в певному стані), а змінений під впливом несприятливих соціальних умов (бідність, асоціальність, девіація) «стрес викликає патологічні реакції та провокує проходження людиною певних стадій — тривоги, спротиву або адаптації та виснаження» (Selye, 1984: р. 237). Так, на думку Г. Сельє, лікування певних видів соціально-небезпечних хвороб є не лише завданням офіційної медицини, а й передбачає залучення зусиль всього суспільства для усунення негативних чинників, котрі спровокували згубний стрес. Провівши порівняльний аналіз систем охорони здоров'я розвинених країн, науковець дійшов висновку, що зазвичай масові епідемії швидше долають у суспільствах з високим рівнем стресостійкості громадян незалежно від рівня розвитку медицини. У такий спосіб було обґрунтовано необхідність такої галузі, як соціологія здоров'я, та 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 століття. 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 іде надто повільно, щоб встигати за пришвидшеними темпами технічного прогресу та соціальними змінами, що відбуваються у світі» (Rosenberg, 1998: р. 721). Здатність людини адаптуватися до різних умов життя, у тому числі екстремальних, на його думку, виявилася не безмежною, цивілізації вдалося не тільки поліпшити якість життя, а й зруйнувати механізми соціальної адаптації, докорінним чином змінивши процеси соціалізації. Саме тому Ч. Розенберг вважав за доцільне ввести в науковий обіг термін «хвороби цивілізації» (Rosenberg, 1998: р. 722).

Таким чином, несподівано дістала подальшого розвитку запропонована Елвіном Тофлером ще у 80-х роках ХХ століття концепція життя суспільства в умовах «інформаційної цивілізації», викладена у книзі «Третя хвиля» (Toffler, 1980). Засновник футурології порівнював сучасну цивілізацію з експресом, що

із шаленою швидкістю летить до прірви, під якою в соціальному сенсі він розумів загальну деградацію людства, що відбувається внаслідок «шоку від зіткнення з майбутнім», провокуючи загальну соціальну дезадаптацію з такими характерними ознаками, як масові хвороби, деградація та відхилення (Toffler, 1980: р. 140). Отже, питання якості здоров'я суспільства прямо залежить від негативних впливів «соціального пришвидшення», спровокованого розвитком «експрес-цивілізації». Звернувши увагу на взаємозалежність виникнення масових епідемій від інтенсивності розвитку суспільства, Ч. Розенберг визначає «хвороби цивілізації» як неминучий результат їх розвитку людства, що має консолідувати суспільство, зробивши його більш відповідальним.

5. Теорія соціальної дезадаптації А. Гонета.

На початку XXI століття у статті Акселя Гонета «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 уразливих індивідів (Honneth, 2014: р. 685). Тим самим теорія «хвороб цивілізації» була дещо трансформована й переросла у більш аргументовану концепцію.

На думку А. Гонета, сучасна цивілізація інтенсивно створює технології, застосування яких «виринає» людину зі звичних умов життя та змушує опанувати інновації, пристосовуючись до них через різку зміну самого способу життя, й до нового не встигає звикнути, оскільки повинна переходити вже до наступного, поспішаючи встигнути за розвитком цивілізації. Таким чином виникає дисгармонія ритмів природного життя людини й ритмів життя у цивілізованому суспільстві, що можна вважати механізмом створення масової соціальної дезадаптації, наслідком якої є зростання рівня захворюваності, інтенсифікація поширення інфекційних хвороб та виникнення масових епідемій.

Бурхливий розвиток сучасної цивілізації з її негативними явищами, пов'язаними з урбанізацією, індустріалізацією, технологізацією, інформатизацією, забрудненням навколишнього середовища, психоемоційним напруженням, поглиблює процеси соціальної дезадаптації, що створює передумови до масового її поширення та провокує людину або не стежити, або надмірно стежити за власним здоров'ям, пристосовуватись до набутих захворювань, сприймаючи їх як норму, й заперечувати особисту відповідальність за їх поширення, обґрунтовуючи це тим самим надмірним розвитком технологій, які, зрештою, «врятовують життя усій 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 поліпшення їхнього здоров'я має стояти не тільки перед медициною, а й перед суспільством.

Отже, в рамках зазначеної теорії об'єктом соціології здоров'я стає різноманіття видів соціальної взаємодії хворої людини із соціальними групами та суспільством в цілому, що забезпечує підтримання та створює умови для відтво-

рення / підтримання здоров'я. Для соціологів великого значення набувають дослідження чинників, що негативно впливають на вибір поведінкових стратегій хворих, створюючи проблеми для збереження, здоров'я людини, групи та суспільства загалом, при цьому соціально-економічним чинникам відводиться вирішальна роль. На наш погляд, для розкриття змісту поведінкових стратегій носіїв соціально-небезпечних хвороб необхідно висвітлити такі його складові:

1. Потреби (у здоров'ї та підтриманні на належному рівні наявного 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, підтримання здоров'я.

Вплив соціальних нерівностей на поширення соціально-небезпечних хвороб в українському суспільстві

Здоров'я є базовою цінністю — як загальнолюдською, так і індивідуальною, а також найважливішим чинником національної безпеки й економічної стабільності держави. У сучасному світі за умов виникнення масових епідемій інфекційних хвороб і так званих хвороб цивілізації дедалі більшу роль починають відігравати дослідження поведінкових чинників захворюваності та смертності населення, які (чинники) прямо пов'язані зі ставленням людини до власного здоров'я, усвідомленням соціальної відповідальності перед суспільством за поширення соціально-небезпечних хвороб, що актуалізує вивчення індивідуальних аспектів соціальної взаємодії хворих та їхніх поведінкових стратегій.

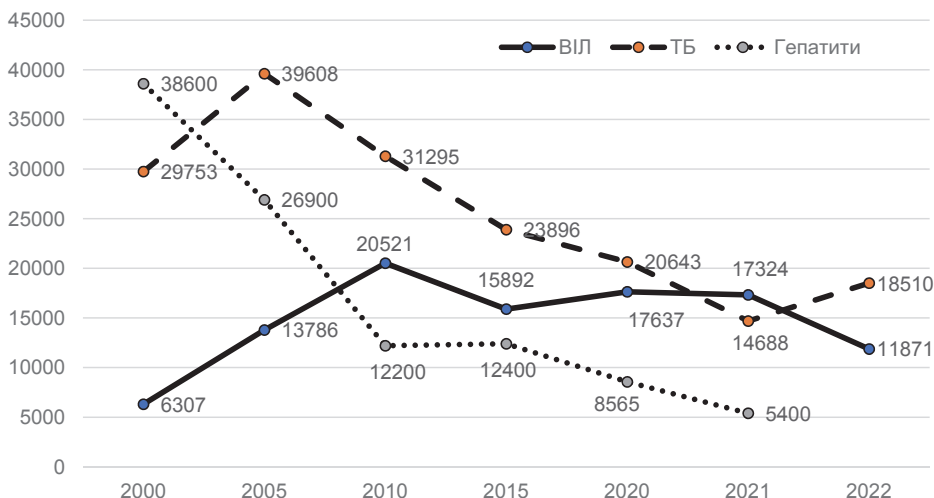


Рис. 1. Динаміка захворюваності на соціально-небезпечні недуги за даними Міністерства охорони здоров'я України в період з 2000 до 2021 року (кількість хворих з діагнозом, що встановлений уперше в житті). Інформацію за 2022 рік наведено лише для ВІЛ/СНІД та ТБ

Джерело: (Статистичний щорічник України, 2021: сс. 131–134).

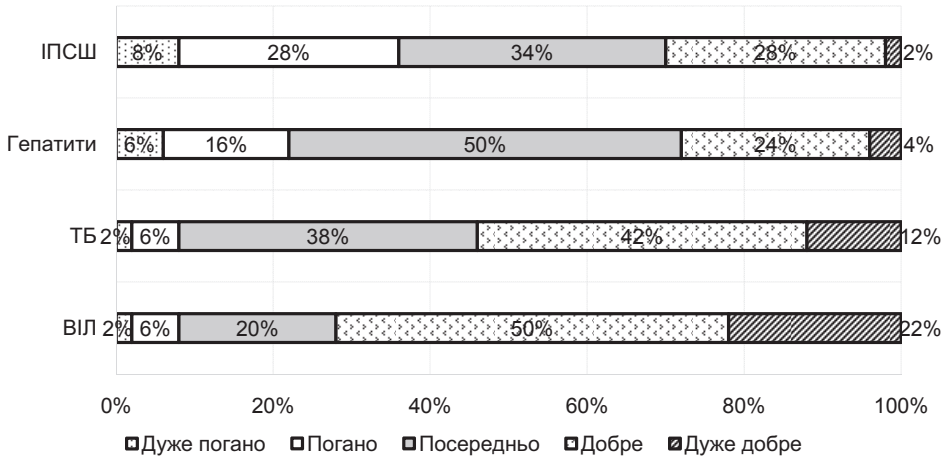


Рис. 2. Оцінки експертами ситуації у сфері надання послуг, пов'язаних із ВІЛ, ТБ, гепатитами, ІПСШ, станом на початок 2022 року

Джерело: результати експертного опитування, проведеного співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України.

За даними офіційної статистики, рівень захворюваності на соціально-небезпечні недуги в Україні за останні роки суттєво знизився (див. рис. 1).

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, у яких хворі мають можливість отримувати безкоштовне лікування. Дані експертного опитування, проведеного співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України в червні–серпні 2022 року¹, підтверджують наше припущення (рис. 2).

Загальний показник задоволення з боку 50 експертів 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. Найбільший рівень якості відзначають у закладів, спеціалізованих на лікуванні ВІЛ-позитивних громадян (72 % відповідей «добре» та «дуже добре») і хворих на туберкульоз (54 %). Найгірші показники виявилися у медичних установ за профілем лікування ІПСШ, оскільки 36 % експертів висловили своє незадоволення, визначивши якість їхньої роботи як «дуже погану» та «погану». Отримані результати актуалізують питання нерівності у сфері охорони здоров'я, насамперед щодо доступності та якості медичного обслуговування

¹ Для глибшого розуміння чинників поширення соціально-небезпечних хвороб в українському суспільстві, а також розкриття змісту, структури та спрямованості поведінкових моделей/стратегій населення за умов поширення соціально-небезпечних хвороб співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України у червні–серпні 2022 року методом формалізованого інтерв'ю провели експертне опитування серед фахівців Центрів громадського здоров'я, медичних закладів, неурядових організацій, науковців. Загалом було опитано 50 експертів.

різних категорій хворих на соціально-небезпечні недуги. Спостерігається поляризація ставлення до пацієнтів за діагнозом — так пріоритетним є лікування хворих на ВІЛ і ТБ, які отримують більш якісну допомогу, тоді як носії вірусних гепатитів та ППСШ, на думку експертів, вважають своє лікування «посереднім» (50 % і 34 % відповідно).

У зв'язку з цим необхідно враховувати той факт, що для переважної більшості хворих на соціально-небезпечні недуги абсолютно недоступні такі медичні послуги, як консультації вузькопрофільних фахівців, платні операції, спеціалізовані обстеження та профільна стоматологія, оскільки вони є високовартісними. Поза сумнівом, рівень життя відіграє важливу роль у підтриманні здоров'я пацієнтів з певним діагнозом, хоча дія цього чинника радше не пряма, а опосередкована. Однак високі статки не є автоматично запорукою здорового способу життя та кращого здоров'я, хоча дають можливість здобувати певні матеріальні блага, що сприяють збереженню та зміцненню біологічного потенціалу людини, збільшуючи доступ до платних медичних послуг та новітніх досягнень фармакології. Низькі доходи не дають можливості носіям соціально-небезпечних хвороб забезпечити себе та свою сім'ю якісним харчуванням, ліками, спеціалізованими медичними послугами, до того ж постійна необхідність витрачати кошти на підтримувальну терапію може призвести до злиднів, а з часом бідність набуває застійного характеру і призводить до серйозніших соціальних наслідків. Постійне фінансове навантаження провокує виникнення конфліктних і стресових ситуацій у сім'ях хворих, що зумовлює розвиток стресорів та запускає механізми соціальної дезадаптації. Це підтверджують результати нашого експертного опитування (рис. 3), за якими більшість хворих на вірусні гепатити (62 %) та ППСШ (52 %) несуть «високі витрати на лікування за свій рахунок». Окрім того, чимало з них мають труднощі з діагностуванням (52 % хворих на вірусні гепатити та 36 % — на ППСШ), що вимагає додаткових витрат і є вагомим економічним навантаженням.

Виходячи з того, що для носіїв соціально-небезпечних хвороб діагноз автоматично є підтвердженням отримання особливого соціального статусу, який не тільки передбачає чітке дотримання жорстких медичних правил, а й визначає певні соціальні обмеження, регламентуючи сценарії соціальної взаємодії, а функції соціального контролю державою покладені лише на профільні лікувальні заклади, де існує певний дефіцит профільного медичного персоналу (неукомплектованість лікарень становить: 12 % щодо вірусних гепатитів, 20 % щодо ВІЛ, 22 % щодо ППСШ, 32 % щодо ТБ — див. рис. 3), виникають високі ризики порушення хворими встановлених правил та недотримання обмежень.

На думку експертів, 66 % хворих на ППСШ, 58 % ВІЛ-інфікованих, 48 % носіїв ТБ та 28 % з діагнозом вірусних гепатитів не достатньо дотримуються режиму лікування (див. рис. 3). Якщо узагальнити відповіді фахівців, то виявляється, що 50 % носіїв соціально-небезпечних хвороб тією чи іншою мірою властивий ризикований спосіб життя, що наражає на небезпеку навколишніх, а також порушення процедур лікування. Найбільш відповідальними в цьому сенсі виявляються хворі на вірусні гепатити, показник «порушників» серед яких не

перевищує однієї третини. Зважаючи на те, що роль хворого передбачає позбавлення можливості дотримуватися традиційного способу життя, наявність конкретних соціальних обов'язків та обмежень щодо непоширення хвороби, а також певну впорядкованість життя внаслідок регулярного прийому препаратів підтримувальної терапії, неминучою є трансформація способу життя, важливим аспектом якої є гігієнічна поведінка — відповідальне ставлення до свого здоров'я і здоров'я близького оточення та інших людей. При цьому необхідно зауважити, що, відповідаючи на запитання про основні перешкоди у сфері надання послуг, пов'язаних з ВІЛ, ТБ, гепатитами, ППСШ до війни, експерти звернули увагу на різний рівень дефіциту ліків для підтримувальної терапії вразливих категорій носіїв соціально-небезпечних хвороб — лише 8 % хворих на ППСШ, 10 % носіїв ТБ, 16 % ВІЛ-інфікованих та 24 % з діагнозом вірусних гепатитів (див. рис. 3).

Наступний аспект нерівності у сфері здоров'я можна позначити як територіально-просторове розміщення центрів надання профільної допомоги хворим на соціально-небезпечні недуги. «Географічна доступність» медичних закладів не передбачає належного розподілу навантаження, оскільки основна маса їх зосереджена в обласних центрах і великих містах, натомість на селі й у поселеннях міського типу існує тільки акушерський супровід. Отже, оснащеність медичних установ, їх укомплектованість і якість кадрових ресурсів не є однорідними, в різних регіонах так чи інакше існують нерівності у сфері охорони здоров'я. Результати експертного опитування підтверджують це, констатуючи, що для 20 % носіїв ВІЛ, ТБ та вірусних гепатитів існують певні транспортні труднощі, які перешкоджають регулярному відвідуванню профільних медичних закладів. Найбільш несприятливою є ситуація з доступністю лікарняних установ для хворих на ППСШ, 36 % яких мають транспортні проблеми через складність географічного розміщення медзакладів (див. рис. 3).

Таким чином, результати проведеного експертного опитування підтверджують наявність нерівного доступу до отримання послуг з підтримувальної терапії навіть на рівні організації мережі профільних установ державної системи охорони здоров'я, що дає підстави зробити припущення про наявність у суспільстві такого прояву соціальної нерівності, як стигматизація. Хворі на соціально-небезпечні недуги страждають не стільки від дезадаптації та стресу, пов'язаних із фактом специфіки життя з хворобою, скільки від стигматизації — зовнішньої (дискримінації) та внутрішньої (самостигматизації). Перша формується під впливом негативного ставлення до хворих з боку суспільства, а друга — внаслідок радикальної зміни способу життя.

Під впливом стигматизації, яка провокує перебування в постійному стресі, носії соціально-небезпечних хвороб переживають соціальну дезадаптацію, яка є пусковим механізмом 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, а також високою напруженістю (стресом) та схильністю переносити відповідальність за відхилення в соціальній взаємодії на найближче оточення. Цікавим є той факт, що,

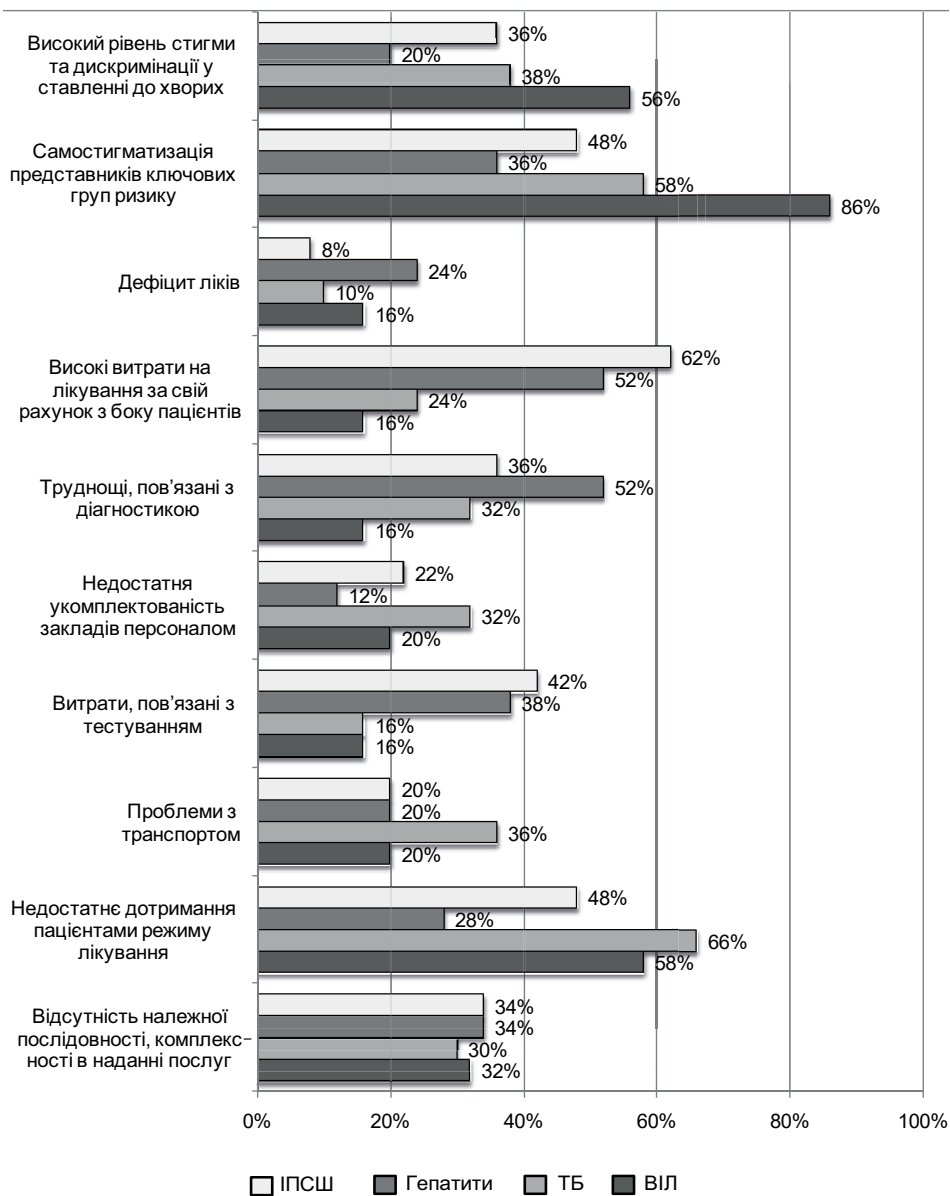


Рис. 3. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Назвіть основні перешкоди у сфері надання послуг, пов'язаних з ВІЛ, ТБ, гепатитами, ІПСШ до війни»

Джерело: результати експертного опитування, проведеного співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України.

за результатами експертного опитування, рівень самостигматизації значно вищий, ніж рівень дискримінації, хоча й має з ним пропорційний зв'язок. Серед усіх категорій хворих без винятку найвищі показники демонструють ВІЛ-інфіковані (86 % самостигматизації проти 56 % фактів дискримінації) та ТБ (58 % проти 38 % відповідно) (рис. 4).

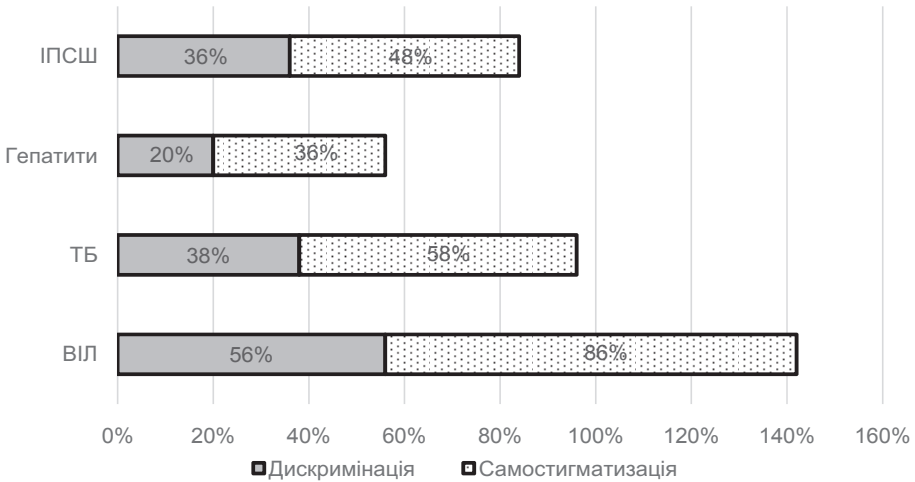


Рис. 4. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Назвіть головні перешкоди у сфері надання послуг, пов'язаних з ВІЛ, ТБ, гепатитами та ІПСШ, до війни», спричинені фактами стигматизації

Джерело: результати експертного опитування, проведеного співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України.

Виникнення глобальної епідемії COVID-19 загострило проблеми стигматизації хворих на соціально-небезпечні недуги, зокрема збільшило стресові впливи та підвищило рівень соціального напруження, внаслідок 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 якийсь стосунок до нього: близького оточення, лікарів, середнього медичного персоналу, колеґ на роботі, контактних осіб тощо.

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

Вплив війни на якість лікування та поширення соціально-небезпечних хвороб в Україні

Російська агресія радикально змінила життя всіх українців, негативно вплинувши на державну політику із запобігання поширенню соціально-небезпечних хвороб. Станом на 1 лютого 2023 року 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-інфікованих унаслідок бойових дій залишилися без антиретровірусної підтримувальної терапії (Рівера, 2022). Паралельно з цим на окупованих та 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 недуги. Окрім того, в областях, які приймають внутрішньо-переміщених осіб, мережа установ охорони здоров'я, котра в результаті проведеного 2020 року другого етапу медичної реформи була переведена на фінансування за рахунок коштів місцевих бюджетів, не може надавати безкоштовну підтримувальну терапію переселенцям — носіям соціально-небезпечних хвороб, які звертаються по допомогу. На думку опитаних нами експертів, війна радикально вплинула на епідемічну ситуацію із захворюваністю на туберкульоз (на рівні 70 %), вірусні гепатити (66 %), ІПСШ (64 %) та ВІЛ (50 %) (рис. 5).

Однак залишається великою й частка експертів, котрі вважають, що вплив російської агресії на поширення соціально-небезпечних хвороб відсутній або мінімальний — 20 %. На наш погляд, така думка є помилковою. За даними міжнародної громадської організації «Альянс громадського здоров'я» станом на 10.06.2022 року в п'яти областях України (Донецькій, Миколаївській, Чернігівській, Харківській, Херсонській) надання медичних послуг людям, які живуть із соціально-небезпечними хворобами, скоротилося у 2,2 раза, здебільшого за рахунок припинення курсів терапевтичного лікування для тих, хто залишився на окупованих територіях або в зонах зіткнення й ведення бойових дій; лише 60 % хворих вдалося евакуюватися з окупованих територій. Гострий дефіцит препаратів прямої противірусної дії зафіксовано в Житомирській, Львівській, Хмельницькій, Київській, Херсонській, Донецькій та Чернігівській областях (Ситуаційний звіт, 2022: сс. 1–7). Війна змінила й сам характер звернень пацієнтів, багато з яких були змушені перервати курси лікування через відсутність препаратів, а тому гостро потребували дообстеження та коригування терапевтичних протоколів, що створило додаткове навантаження на профільні медичні уста-

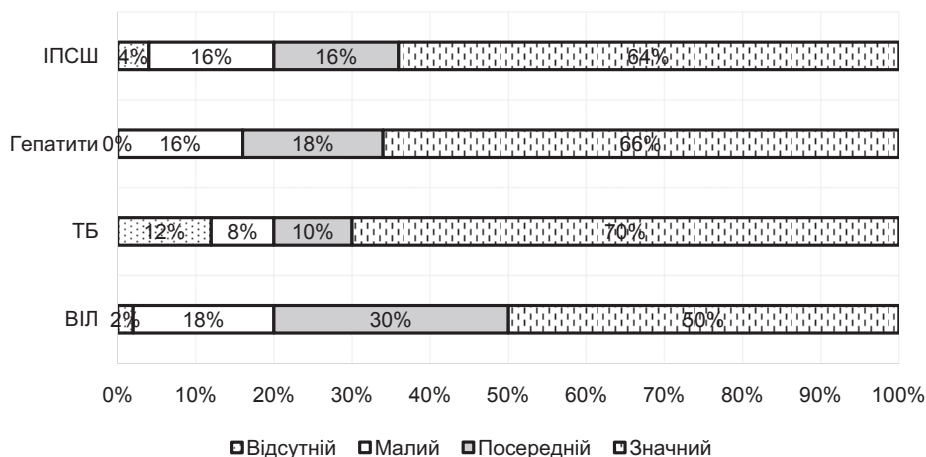


Рис. 5. Оцінки експертами міри впливу війни на поширення соціально-небезпечних хвороб

Джерело: результати експертного опитування, проведеного співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України.

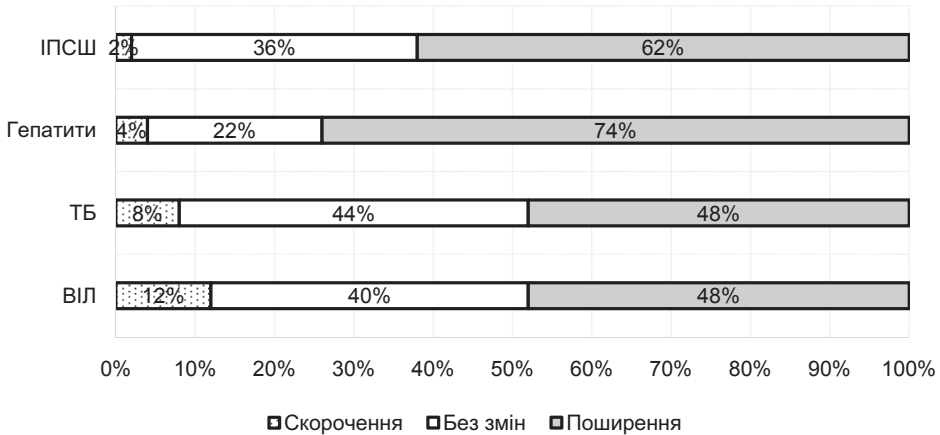


Рис. 6. Оцінки експертами ключових тенденцій щодо масштабів поширення соціально-небезпечних хвороб, які у 2022 році спостерігалися в Україні

Джерело: результати експертного опитування, проведеного співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України.

нови, зокрема в Дніпропетровській області воно збільшилося в 3,6 раза, а в Одеській області — у 2,8 раза.

Погіршення якості медичних послуг у сфері лікування соціально-небезпечних хвороб, безумовно, вплинуло на динаміку їх поширення в Україні. Так, 74 % опитаних нами експертів упевнені 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. 6). Така впевненість є хибною, оскільки офіційна статистика Міністерства охорони здоров'я України наочно демонструє протилежні процеси, фіксуючи збільшення випадків захворювання на соціально-небезпечні недуги (рис. 7).

На думку експертів, найбільшими проблемами, які створила війна для системи охорони здоров'я в галузі запобігання, діагностування й лікування соціально-небезпечних хвороб, посприявши їх поширенню, стали: вимушена міграція значної частини населення, в 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 %).

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



Рис. 7. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «В чому саме відчувається найбільший вплив війни на поширення соціально-небезпечних хвороб?»

Джерело: результати експертного опитування, проведеного співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України.

Висновки

Загроза масового поширення соціально-небезпечних хвороб у XXI столітті зберегла свою актуальність. Зокрема, в Україні з початком російської військової агресії за деструктивного впливу бойових дій епідеміологічна ситуація дещо загострилася, оскільки чимало хворих втратили можливість вільного доступу до спеціалізованих медичних закладів, через порушення фармацевтичних логістичних ланцюжків вони не могли своєчасно отримувати препарати, необхідні для підтримувальної терапії, а якість роботи системи охорони здоров'я суттєво погіршилася, не витримуючи великого навантаження.

Детальний аналіз наявного наукового доробку в рамках галузі соціології здоров'я дав змогу виокремити п'ять ключових теорій, які пропонують підходи до пояснення поведінкових стратегій хворої людини та з'ясування причин виникнення ризиків для поширення соціально-небезпечних хвороб. Теорія «чинників» Ч.-Е. Вінслоу обґрунтувала існування нерозривного кола злиднів і хвороб, описавши пряму залежність між спалахом епідемій інфекційних хвороб та соціально-економічними процесами, які відбуваються в суспільстві. Аналіз поглядів ентомолога Е. Вілсона, котрий запропонував створення соціобіології як науки для вивчення впливів законів біології на характер організації соціальних

спільнот, їхню поведінку, спосіб життя та здоров'я, дає змогу зрозуміти роль процесів адаптації в житті хворої людини. Концептуальні положення теорії стресу Г. Сельє, у рамках якої до наукового обігу було введено термін «стресо-ри», сприяли з'ясуванню ролі стресу у виборі хворою людиною характеру соціальної взаємодії як із найближчим оточенням, так і з суспільством у цілому. Теорія «хвороб цивілізації» Ч. Розенберга актуалізувала питання негативного впливу новітніх технологій та активного розвитку цивілізацій на процеси адаптації. Зрештою, А. Гонету 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 й медичних закладів, неурядових організацій і науковців, проведеного співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України в червні–серпні 2022 року, дав змогу встановити вплив соціальних нерівностей на поширення соціально-небезпечних хвороб в українському суспільстві. Зокрема, було виокремлено кілька ключових моментів — наявність нерівних можливостей у доступі до медичного обслуговування різних категорій хворих на соціально-небезпечні недуги, перевищення показників самостигматизації над рівнем дискримінації хворих з боку суспільства, включеність у процеси дезадаптації не тільки хворих, а й їхнього найближчого оточення.

Було встановлено, що ВІЛ-інфіковані та носії ТБ отримують більш якісне лікування, можуть користуватися розгалуженою мережею спеціалізованих закладів, які укомплектовані персоналом, тоді як хворі на ІПСШ та вірусні гепатити мають проблеми з безкоштовною діагностикою, не завжди отримують належну медикаментозну терапію, тож змушені витратити власні кошти на лікування. Крім того, незручність розміщення профільних лікувальних установ ускладнює комунікацію пацієнтів і лікарів. Отже, для певної категорії хворих проблема нерівних можливостей була актуальною ще у довоєнний період. Російська агресія погіршила ситуацію, вплинувши на економічну спроможність громадян, унеможлививши доступ до безкоштовного отримання підтримувальної терапії, скоротивши кількість центрів надання профільної допомоги хворим на соціально-небезпечні недуги й ускладнивши діагностування нових випадків, що може стати передумовою збільшення випадків інфікування такими хворобами.

Джерела

Віктор Ляшко: Система охорони здоров'я впевнено тримає медичний фронт. (2023). УКРІНФОРМ, 12.02.2023. Одержано з: ukrinform.ua/rubric-society/3668211-viktor-lasko-ministr-ohoroni-zdorova-ukraini.html?fbclid=IwAR10OAIxLSIWEQE1NcbCAPrSSWr8TQIZ-OIxHL7IfCmtW0h71xR01Wvx90w

Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.10.2022. (2022). Центр громадського здоров'я МОЗ України. Одержано з: <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>

Кількість смертей від вірусних гепатитів у світі перевищує смертність від ВІЛ/СНІД. (2022). Центр громадського здоров'я МОЗ України. Одержано з: <https://phc.org.ua/news/kilkist-smertey-vid-virusnikh-gepatitiv-u-sviti-perevischue-smertnist-vid-vilsnid>

Рівера, Х. (2022). *Як повномасштабне вторгнення вплинуло на допомогу людям, які живуть з ВІЛ*. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Одержано з: https://lb.ua/blog/abramovska/537733_yak_povnomasshtabne_vtorgnennya.html.

Ситуаційний звіт станом на 10.06.2022. (2022). Альянс громадського здоров'я. Одержано 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. (2022). Центр громадського здоров'я МОЗ України. Одержано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb>

Статистичний щорічник України за 2021 рік. (2021). Державна служба статистики України. Одержано з: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/11/Yearbook_2021.pdf

Honneth, A. (2014). The Diseases of Society. *Social Research*, 81 (3), 683–703.

Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe (IL): Free press. Retrieved from: <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*, 72 (4), 714–730.

Selye, H. (1984). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Sigerist, H. E. (1958). Medical Sociology: The Contributions of Dr. Henry E. Sigerist. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 13 (2), 214–228.

Toffler, E. (1980). *The Third Wave*. New York.

Wilson, E. (1975). *Sociobiology: a New Synthesis*. S.I.: Belknap Press.

Winslow, Ch.-E. A. (1958). The Relations of Public Health Science to Other Sciences. *New Series*, 51 (1306), 23–33.

Отримано 07.03.2023

References

Honneth, A. (2014). The Diseases of Society. *Social Research*, 81 (3), 683–703.

Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe (IL): Free press. Retrieved from: <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*, 72 (4), 714–730.

Selye, H. (1984). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Sigerist, H.E. (1958). Medical Sociology: The Contributions of Dr. Henry E. Sigerist. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 13 (2), 214–228.

Situation report of 10.06.2022. (2022). [In Ukrainian]. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine. Retrieved from: https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2022/06/APH_WarSitRep_IDP_hepatitis_10.06.2022_ukr.pdf [=Ситуаційний звіт 2022].

Statistical Yearbook of Ukraine for 2021. (2021). State Statistics Service of Ukraine. [In Ukrainian]. Retrieved from: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/11/Yearbook_2021.pdf [=Статистичний щорічник 2021].

The epidemic situation of HIV infection in Ukraine as of 01.10.2022. (2022). [In Ukrainian]. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine. Retrieved from: <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu> [=Епідемічна ситуація 2022].

The number of deaths from viral hepatitis in the world exceeds the number of deaths from HIV/AIDS. (2022). [In Ukrainian]. Retrieved from: <https://phc.org.ua/news/kilkist-smertey-vid-virusnikh-gepatitiv-u-sviti-perevischue-smertnist-vid-vilsnid> [=Кількість смертей 2022].

Toffler, E. (1980). *The Third Wave*. New York.

Tuberculosis statistics of 10.01.2022. (2022). [In Ukrainian]. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine. Retrieved from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb> [=Статистика 2022].

Viktor Lyashko: The health care system confidently holds the medical front. (2023). [In Ukrainian]. *UKRINFORM*, 02.12.2023. Retrieved from: ukrinform.ua/rubric-society/3668211-

viktor-lasko-ministr-ohoroni-zdorova-ukraini.html?fbclid=IwAR10OAIxLSIWEQE1NcbCAPrSSWr8TQIZ-OIxHL7IfCmtW0h71xR01Wvx90w [=Віктор Ляшко 2023).

Wilson, E. (1975). *Sociobiology: a New Synthesis*. S.l.: Belknap Press.

Winslow, Ch.-E. A. (1958). The Relations of Public Health Science to Other Sciences. *New Series*, 51 (1306), 23–33.

Received 07.03.2023

ОЛЕНА КЛИМЕНКО

Взаємозв'язок динаміки поширення соціально-небезпечних хвороб із соціальними нерівностями та умовами воєнного часу в Україні

У статті проаналізовано теоретичні аспекти наукових досліджень проблем поширення соціально-небезпечних хвороб та розвитку соціології здоров'я; висвітлено результати експертного опитування фахівців Центрів громадського здоров'я, медичних закладів, представників неурядових організацій і науковців, проведеного співробітниками відділу соціальної експертизи Інституту соціології НАН України в червні–серпні 2022 року; визначено вплив наявних соціальних нерівностей та умов воєнного часу на поширення соціально-небезпечних хвороб. Метою статті є вивчення взаємозв'язку динаміки поширення соціально-небезпечних хвороб із соціальними нерівностями й умовами воєнного часу в Україні. Автором зроблено детальний аналіз наукового доробку в галузі соціології здоров'я, зокрема: теорії «чинників» Ч.-Е. Вінслоу, соціобіології Е. Вілсона, концепцій стресорів Г. Сельє, «хвороб цивілізації» Ч. Розенберга та «соціальної дезадаптації» А. Гонета. Особливу увагу приділено вивченню впливу соціальних нерівностей на поширення соціально-небезпечних хвороб в українському суспільстві. Зокрема, виокремлено нерівні можливості у доступі до медичного обслуговування різних категорій хворих на соціально-небезпечні недуги, стигматизацію (такі її форми, як дискримінація та самостигматизація), наявність територіально-просторових обмежень та різної якості надання медичних послуг. Також увагу приділено з'ясуванню ролі російської воєнної агресії в погіршенні ситуації з поширенням соціально-небезпечних хвороб через масове руйнування закладів охорони здоров'я, стихійне переміщення великих мас населення, перебої з отриманням препаратів для терапії, дефіцит медичного персоналу та відсутність вільного доступу до безкоштовного тестування.

Ключові слова: соціально-небезпечні хвороби, соціальна взаємодія, соціальні нерівності.

OLENA KLYMENKO

The relationship between the dynamics of the spread of socially dangerous diseases and social inequalities and wartime conditions in Ukraine

The article analyzes the theoretical aspects of scientific researches the problems of spread the socially dangerous diseases and development of health sociology; highlights the results of expert survey of the specialists of public health centers, medical institutions, non-governmental organizations, scientists, conducted by employees of the Department of the Social expertise of the Institute of Sociology of NAS Ukraine in June-August 2022; the influence of existing social inequalities and military time on the spread of socially dangerous diseases is determined.

The purpose of the article is to study the interrelation of the dynamics of spread the socially dangerous diseases with social inequalities and conditions of military time in Ukraine. The author made a detailed analysis of the current scientific approach in the field of health sociology, in particular: Ch. Winslow's

theory of «Factors», E. Wilson's «Sociobiology», concepts of «Stressors» by H. Sale, «Disease of Civilization» by Ch. Rosenberg and «Social Maladaptation» by A. Honneth.

The author paid special attention to studying the impact of social inequalities on the spread of socially dangerous diseases in Ukrainian society. In particular, the author highlighted unequal opportunities in access to medical care for different categories of patients with socially dangerous diseases, stigmatization (such forms as discrimination and self-stigmatization), territorial-spatial limitations and various quality of medical care. The analysis of the results of an expert survey of specialists of public health centers and medical institutions, non-governmental organizations and scientists, conducted by members of the Department of social expertise, Institute of Sociology, National Academy of Sciences of Ukraine in June and August 2022 made it possible to establish the influence of social inequalities on the spread of socially dangerous diseases in Ukrainian society.

Special attention is paid to the role of Russian military aggression in the worsening situation with the spread of the socially dangerous diseases due to mass destruction of health care facilities, spontaneous movement of large populations, interruptions in the receipt of medicines for therapy, shortage of medical personnel and lack of access to free testing.

Keywords: *socially dangerous diseases, social interaction, social inequalities*