

ГУЛЬБАРШИН ЧЕПУРКО,

доктор соціологічних наук, старший науковий співробітник, завідувачка відділу соціальних експертиз Інституту соціології НАНУ (01021, Київ, вул. Шовковична, 12)

GULBARSHYN CHEPURKO,

Doctor of Sciences in Sociology, Head of the Department of Social Expertise, Institute of Sociology, National Academy of Sciences of Ukraine (12, Shovkovychna St., Kyiv, 01021)

gichepurko@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0001-7540-5174>

Чинники, що зумовлюють поведінкові моделі уразливих груп населення за умов поширення соціально небезпечних хвороб (за результатами експертного опитування)

Виникнення і поширення соціально-небезпечних хвороб у суспільстві детермінується складним поєднанням різних чинників, які мають прямиий або опосередкований вплив на перебіг цих хвороб і масштаби епідемій. Визначення специфіки та ступеня впливу соціокультурних, економічних, правових, інформаційних, екологічних, медичних (охорона здоров'я), поведінкових та інших факторів у боротьбі з поширенням соціально-небезпечних хвороб у суспільстві є необхідною умовою для створення системи ефективної соціальної профілактики їх.

Аналіз шляхів поширення, негативних наслідків для суспільного здоров'я та інших аспектів соціальних хвороб уже давно перебуває в центрі уваги вітчизняних науковців. Зокрема, цьому напряму досліджень присвячені праці таких науковців, як: Т. Семигіна та О. Вовкогон¹, які розглядають питання поширення соціальних хвороб у взаємозв'язку з глобалізаційними тенденціями розвит-

1 Семигіна, Т.В. (2010). Глобальні ініціативи і трансформація української політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу. В: Гілея: Науковий вісник: Збірник наукових праць (вип. 40). Київ; Семигіна, Т.В., Вовкогон, О.Ю. (2010). Поширення соціально небезпечних хвороб та їх профілактика. В: Протидія соціально небезпечним хворобам: вивчення українського досвіду / За ред. Т.В. Семигіної (сс. 7–38). Київ: Пульсари.

Цитування: Чепурко, Г. (2023). Чинники, що зумовлюють поведінкові моделі уразливих груп населення за умов поширення соціально небезпечних хвороб (за результатами експертного опитування). *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 1, 140–168, <https://doi.org/10.15407/sociology2023.01.140>.

ку суспільства; Ю. Фещенко¹, який головну увагу приділяє медико-соціальним аспектам цього явища. Н. Левчук² аналізує можливості протидії поширенню соціальних патологій в Україні та визначає головні напрями політики щодо запобігання асоціальним явищам і зменшення шкоди від них; І. Хожило³ аналізує аспекти державного регулювання застосовно до проблем, пов'язаних із поширенням соціально-небезпечних хвороб в Україні. На думку Хожило, варто більше уваги зосереджувати на соціальній поведінці населення з метою зменшення негативного впливу на здоров'я (життя) таких соціальних хвороб, як наркозалежність, ВІЛ/СНІД, туберкульоз, алкозалежність, стреси тощо. Отже, з метою оптимального розв'язання проблем соціальної захворюваності в Україні слід якнайважливіше вивчати зазначений поведінковий аспект.

Теоретичні концепції, що описують механізми ризикованої поведінки щодо зараження соціально-небезпечними хворобами, ґрунтуються на соціально-когнітивному підході. Поведінка, з погляду даного підходу, водночас залежна та зумовлена як зовнішніми, так і внутрішніми чинниками. До внутрішніх чинників різні автори відносять: вікові й особистісні особливості, специфіку перебігу біологічних, емоційних і когнітивних процесів людини, її установки та переконання, а також суб'єктивні оцінки ризикованості тієї чи іншої поведінки. Також значущу роль у 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 наслідками недотримання їх або можливістю безкарного порушення державних законів. Не слід недооцінювати й рівень формувального впливу суспільних груп, сім'ї, соціального середовища та особистої культури на індивідуальні моделі поведінки людини. Зрештою, безпосередньо впливають соціально-економічні, фінансові, медичні, правові та інші чинники.

На поведінку людей можуть негативно впливати фактори, які найчастіше недостатньо враховуються у процесі розроблення й реалізації стратегій та організації послуг або у правилах поведінки медичних працівників. До таких факторів належать: недостатня грамотність у питаннях здоров'я, системи переконань, що суперечать одна одній, відчуття страху, недовіри та невизначеності, неправильно потлумачувана інформація, сором'язливість або досвід неповажного ставлення чи дискримінації. Найчастіше дії цих чинників, що перешкоджають досягненню оптимального стану здоров'я, можна запобігти або нейтралізувати її, сформувавши більш повне уявлення про їхні соціальні, поведінкові та культурні засади [Здоровые модели, 2019].

1 Фещенко, Ю.І. (2005). Туберкульоз в Україні як медико-соціальна і політична проблема. *Журнал АМН України*, 11 (1), 17–23.

2 Левчук, Н.М. (2011). Асоціальні явища в Україні у демографічному вимірі / За ред. В.С. Стешенко. Київ: Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України.

3 Хожило, І. (2006). Виклики соціально небезпечних хвороб як сфера державно-управлінської діяльності. В: *Державне управління: теорія та практика*. Київ: НАДУ при Президенті України (вип. 1 (3)).

Проведене експертне опитування¹ дало змогу виявити взаємозв'язок між моделями/типами поведінки ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ВІЛ, інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), туберкульозом (ТБ), гепатитами, з одного боку, і факторами, які вплинули на формування цих моделей/типів, — з іншого, а також розглянути інтервенції, що сприятимуть зміні ризикованої та пасивної поведінки груп ризику на здоров'язбережувальну.

Серед населення поведінковий ризик розподіляється нерівномірно. Поведінка одних груп населення може бути в середньому пов'язана з більш високим ступенем ризику, ніж поведінка інших. Дані про те, які саме групи чи спільноти виявляються вразливими, можуть значно різнитися від країни до країни й потребувати уточнення на місці в плані з'ясування зайнятості, міграційного статусу, сексуальної орієнтації, географічного розташування, рівня доходів чи будь-яких інших параметрів. Поведінкові дані можуть допомогти у виявленні схильних до ризику груп або спільнот на місцях і дати уявлення про можливі шляхи передання вірусу в разі, якщо не вжито заходів для припинення його поширення.

Крім того, це може вказувати на рівень поширення 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 передання ВІЛ у вразливих групах чи спільнотах стає невідкладним та критично важливим компонентом у справі уповільнення поширення вірусу серед населення загалом [Сбор, 2001].

Зміни у поведінці допомагають пояснити зміни у поширеності ВІЛ. Як уже зазначалося, зміна поведінки та пов'язане з цим зниження числа 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 збирання даних, що простежують поведінкові тенденції в часі, фахівці з оцінювання програм не зможуть з'ясувати, чи впливає зміна поведінки на зміну показників поширеності ВІЛ [Сбор, 2001]. Для оцінювання поширеності ВІЛ та інших соціально-небезпечних хвороб, а також оцінювання впливу профілактичних програм, зокрема поведінкових втручань, на зміну ризикованої поведінки на здоров'язбережувальну поведінкові дослідження мають стати регулярними, а поведінкові дані мають бути задокументовані та проаналізовані.

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, гепатитами, ІПСШ?» — розгляне-

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

мо, що слід розуміти під терміном «ключові групи населення, які перебувають у зоні ризику інфікування».

Під ключовими групами населення в цьому дослідженні ми 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 певні спільні характеристики, що можуть позначитись на стані здоров'я [MiO, 2016] (наприклад, тих, що мають найбільшу ймовірність контакту з ВІЛ-інфекцією або її передавання тощо).

Питання віднесення осіб до певної групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ не має єдиних універсальних критеріїв; це стосується й інших соціально-небезпечних хвороб. У різних країнах розробляють 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.

За оцінками більшості експертів, для груп ризику інфікування ВІЛ, ІПСШ є *характерною ризикована поведінка* щодо власного здоров'я (поведінка, яка створює загрозу для здоров'я та життя людини: шкідливі звички, незахищені сексуальні контакти, не виправданий ризик для здоров'я). Отже, більш як половина (52%) експертів зазначили, що ризикована поведінка є характерною для груп ризику інфікування ВІЛ, і половина (50%) експертів зазначили групи ризику інфікування ІПСШ (рис. 1).

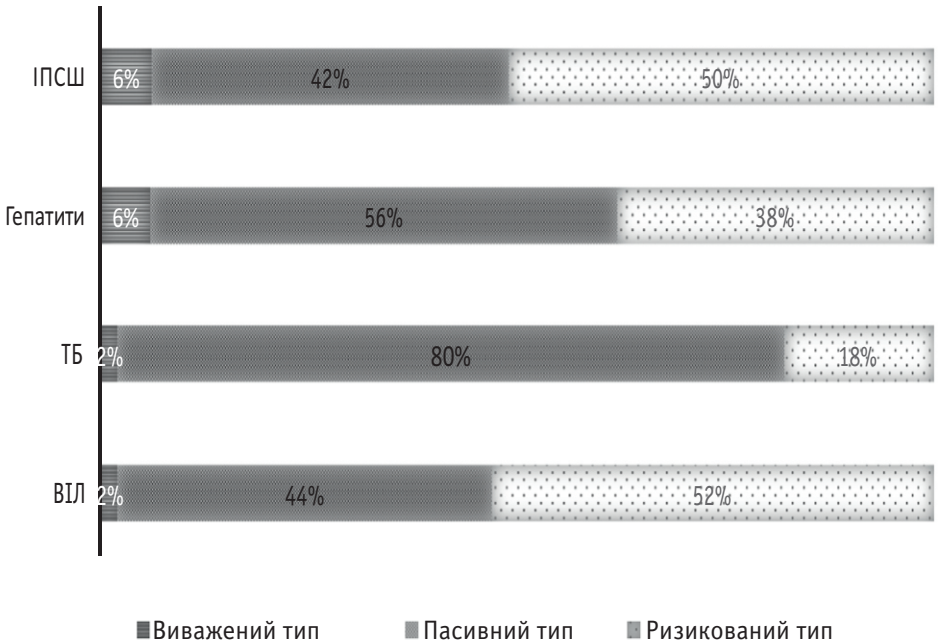


Рис. 1. Розподіл відповідей експертів на запитання: «Який тип поведінки щодо власного здоров'я є характерним для ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ТБ, ВІЛ, гепатит, ІПСШ?», %

Менш характерною для груп ризику інфікування ВІЛ і ППСШ, на думку експертів, є пасивна поведінка, тобто орієнтованість на мінімальну активність у підтриманні власного здоров'я (44% і 42% відповідно), і зовсім мала частка (2% і 6%) експертів вказали на виважену поведінку (орієнтованість у підтриманні власного здоров'я переважно на себе, а не на інститут охорони здоров'я; намагання не приймати ліки та обмежуватися природними засобами). Жоден експерт при цьому не згадав про здоров'язбережувальну/безпечну поведінку (виключення з власного життя шкідливих звичок, орієнтованість на щорічні ретельні обстеження та виконання рекомендацій лікаря).

Що стосується груп ризику інфікування ТБ і гепатитами, то переважна більшість (відповідно 80% і 56%) експертів характеризують їхню поведінку як пасивну (орієнтованість на мінімальну активність у підтриманні власного здоров'я). Але неактивність або мінімальна активність у підтриманні свого здоров'я — це також ризик. На те, що для груп ризику інфікування ТБ і гепатитів є характерною ризикована поведінка, вказали 18% і 38% експертів відповідно; на те, що для них є характерною виважена поведінка, — 2% і 6% експертів відповідно.

Отже, для груп ризику інфікування ВІЛ і ППСШ є характерною ризикована поведінка, а для тих, хто перебуває у зоні ризику інфікування ТБ і гепатитами, — пасивна, яка може спричинитися до інфікування цими хворобами.

Чинники, які впливають на поведінку груп ризику інфікування ВІЛ, ППСШ, ТБ і гепатитами

Вивчення поведінкових факторів передбачає уявлення про фактори, що впливають на моделі та практики поведінки в царині здоров'я, та використання цього знання при розробленні більш ефективних заходів політики у цій галузі, послуг з охорони та зміцнення здоров'я, в тому числі щодо соціально-небезпечних хвороб. Ці чинники охоплюють широкий спектр умов, включно з індивідуальними можливостями й мотиваціями, культурними та соціальними практиками, соціальною підтримкою і 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 й підтримку моделей поведінки людини. Хоча поведінкові фактори не належать до сфери медицини, з огляду на логіку, що лежить у їх основі, їх вивчення та коригування аналогічні процесам постановки діагнозу й лікування: ми 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]. Окремі чинники, які впливають на поведінку, є однаковими для груп ризику інфікування ВІЛ, ППСШ, 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, ППСШ, ТБ, гепатити) вони перебувають.

Існує чітке епідеміологічне обґрунтування того, чому програми протидії ВІЛ-інфекції потрібно 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. Поведінка тісно пов'язана із соціально-демографічними характеристиками, психологічними¹ та психопатологічними особливостями² людини, якістю життя й умовами соціального середовища, у якому перебуває особа³.

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 вартість 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 й емоційно-во-

1 Беляева В.В. (1998). Особенности социально-психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ. *Эпидемиология и инфекционные болезни*, 5, 27–29; Жужгова, И.В. (2006). *Клинико-эпидемиологическая и индивидуально-психологическая характеристика ВИЧ-инфекции в сочетании с гемоконтактными гепатитами и наркоманией*: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург.

2 Вовк, В.І. (2008). *Клініко-психопатологічні розлади у хворих на ВІЛ-інфекцію та їх психокорекція*: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харків; Коркіна, М.В., Марілов, В.В., Марілова, Т.Ю. (1989). О некоторых психиатрических и психологических аспектах СПИДа. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. Корсакова*, 89 (10), 137–145.

3 Любаева, Е.В., Ениколопов, С.Н., Кравченко, С.Н. (2008). Качество жизни и индивидуально-психологические особенности личности пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. *Эпидемиология и инфекционные болезни*, 3, 38–42.

льової 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 досить незначними, тоді як негативні для здоров'я поведінкові акти (куріння, вживання алкоголю чи наркотиків) виявляються взаємопов'язаними більшою мірою. При цьому немає позитивної орієнтації 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. Отже, турбота про здоров'я є переважно елементом культури, а не продуктом (або об'єктом) системи охорони здоров'я і потребує 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 й т.ін., 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 у різних регіонах. Ідеться про низький рівень доступу представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ і людей, які живуть із 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 з 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 вможливує інфікування ВІЛ, оскільки завадить індивідові захистити себе. Понад те, відсутність достовірної інформації призводить до заміщення фактів міфами, в

тому числі і щодо способів профілактики інфікування ВІЛ. Фахівці та 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 неоднозначний: 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 самоsvідомість 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 років «Показник рівня стигми ЛЖВ-Індекс Стигми», проведених БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», демонструють, що рівень стигматизації залишається високим [Демченко, 2020]. 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%) і 2020-му повідомив про досвід стигматизації та дискримінації впродовж останнього [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 й медичні наслідки. Негативне ставлення часто штовхає людей до бездіяльності або дій, які можуть завдати шкоди іншим людям, і сприяє стрімкому поширенню інфекції.

Ще одним з важливих зовнішніх чинників, який спричинює 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 в процесі доступу 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 поліпшення 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 із головних шляхів передання ВІЛ-інфекції є статевий. Відповідно до оперативної інформації, наданої Центром громадського здоров'я МОЗ України, у структурі шляхів інфікування ВІЛ переважна частка 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, передання ВІЛ сприяють сифіліс, генітальний герпес, гонорея, хламідіоз, трихомоніоз, 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 в популяції розподілена нерівномірно. Вирізняють групи підвищеного ризику (ядерні групи) й уразливу частину населення, що відіграють провідну роль у динаміці епідемічного процесу (робітники комерційного сексу (РКС), 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 залишаються 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: сс. 23–26].

За оцінками експертів, чинники, які найбільшою мірою впливають, схилиючи до ризикованої поведінки осіб із груп ризику інфікування ІПСШ, частково збігаються з чинниками, які впливають на тих, хто перебуває в зоні ризику інфікування ВІЛ, але домінують інші. Отже, основними чинниками є:

- *економічний/фінансовий фактор*: недостатнє державне фінансування діагностики й 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 передавання, 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 ІПСШ, на першому місці економічний фактор, недостатність державного фінансування медичних послуг щодо ІПСШ 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 з причини недостатнього державного фінансування соціальних програм з профілактики, діагностики та лікування соціальних та хронічних хвороб, у тому числі ІПСШ, 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 певної частини населення й загалом негативно позначиться на демографічних показниках. Отже, один із напрямів корекції поведінки передбачає розширення державного фінансування.

Істотний внесок у поширення захворювань, що передаються статевим шляхом, вносить 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 допомоги антибіотиків є підставою для «несерйозного ставлення» до них великого числа громадян, переважно 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 ІПСШ або є хворими на ІПСШ, 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 ІПСШ серед представників уразливих до інфікування ВІЛ та ІПСШ 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 ІПСШ із необхідним матеріально-технічним та кадровим забезпеченням (медичні установи, НУО, підготовлений медичний та 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 ІПСШ, а саме статевого, уразливі до ВІЛ групи водночас є уразливими до ІПСШ 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 зазнавати підвищеного ризику інфікування ВІЛ [UNAIDS, 2007].

Результати дослідження наявних трендів захворюваності й поширеності соціально небезпечних захворювань, що передаються статевим шляхом, виявили зіставність їх із загальносвітовими тенденціями щодо ВІЛ-інфекції та протилежність щодо класичних ІПСШ; причинами такої поширеності 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 впродовж тривалого часу. До таких проблем слід віднести занепад промислового та сільськогосподарського виробництва, десоціалізацію, збіднення, неякісне та незбалансоване харчування і 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 й забезпечення, наявність шкідливих виробництв і небезпечних професій, занепад системи охорони здоров'я, низький культурний та освітній рівень значних верств населення й низку інших. З упевненістю можна говорити, що в суспільстві утворилася значна, причому досі не облікована та не контрольована 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 спричинює постійне виникнення нових випадків захворювання на туберкульоз. Тому туберкульоз — це, першою чергою, проблема політична та соціально-економічна і, за експертними оцінками, лише на 15,0–20,0% 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 захворюваності на ТБ і є фактично ризикованою, оскільки 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 самостигматизація, страх щодо безпеки 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, знижен-

ня рівня життя, фінансово-економічні труднощі, перебування в місцях позбавлення волі, безробіття, малозабезпеченість також важливі. Епідемічна ситуація ускладнюється великою міграцією населення, недостатнім харчуванням, вживанням алкоголю. Проте вирішальне значення щодо виникнення туберкульозу має комбінація 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, профілактики 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 вимірювати, зважаючи на реальні часові та матеріальні витрати різних соціальних груп населення, пов'язані 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 разі, 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 утруднення 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 проявами 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 та медичних працівників є значним тягарем для системи охорони здоров'я. Серед вірусних гепатитів найбільшу проблему становлять вірусні гепатити В (ВГВ) та 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 й 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 та ВГС.

Відповідно до оцінних 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 осіб із ВГС та 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 велике 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 та проблеми з тим, щоб дістатися туди, брак коштів на транспорт, незадовільний доступ до програм профілактики, відсутність спеціальних програм профілактики гепатитів, ІПСШ 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 й 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 й 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, щоби кожен пацієнт із гепатитом С чи ко-інфекцією ВІЛ/ВГС знав про свої права й мав можливість безкоштовно проконсультуватися, обстежитися і вилікувати ВГС» (Дмитрієв С., 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, на п'ятому — стигматизація та самостигматизація.

Наявність структурних бар'єрів (стосовно доступу до послуг щодо ВІЛ, ПСШ, ТБ та гепатитів) підвищує вразливість щодо інфекцій і перешкоджає справедливому доступу до послуг, що є порушенням прав людини, поряд з велими 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 зазнають підвищеного 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, в тому числі 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 та прийнятних за вартістю вакцин, є програми імунізації [Глобальна стратегія, 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 та соціальний фактори, стигматизація та самостигматизація (див. табл.). 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, ІПСШ, ТБ чи гепатитами. У випадку ВІЛ ризикова поведінка залежить першою чергою від ціннісно-мотиваційних факторів, у разі ІПСШ — від економічних/фінансових, у разі ТБ — від соціально-економічних, а в разі гепатитів — від медичних факторів (див. табл.).

Таблиця

Головні чинники, які впливають на поведінку ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ВІЛ, ІПСШ, ТБ, гепатитами

ВІЛ	ІПСШ	ТБ	Гепатити
Ціннісно-мотиваційний	Економічний (фінансовий)	Соціально-економічний	Медичний
Шкідливі звички	Когнітивний	Когнітивний	Когнітивний
Медичний	Шкідливі звички	Медичний	Економічний (фінансовий)
Когнітивний	Медичний	Шкідливі звички	Шкідливі звички
Стигматизація, самостигматизація	Соціальний (статус, освіта)	Економічний (фінансовий)	Стигматизація, самостигматизація

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 показує досвід, найбільша ефективність профілактичних втручань досягається у тому випадку, якщо вони є теоретично та емпірично обґрунтованими,

тобто ґрунтуються на загальноновизначених і перевіренних 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 й відіграють важливу роль у визначенні характеру та ефективності заходів із відповіді на ВІЛ. У більшості країн недостатній рівень охоплення й низька якість надання послуг для груп ризику продовжують послаблювати 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 ПСШ, ТБ, гепатити.

Інтервенції, що сприяють зміні ризикованої поведінки ключових груп населення щодо власного здоров'я на здоров'язбережувальну

Програми зміни поведінки включають широкий спектр заходів і підходів, які зосереджені на впливі на поведінку особи, громади та суспільства. Зміна поведінки — відносно 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 зазвичай сконцентровані 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 й 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 та 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, в тому числі переживання задоволення і потягу [Цветкова, 2006: с. 248].

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 і поведінкових змін. Однією з ключових ланок залучення людини до сексуальних контактів та 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. Водночас 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, із психологічними та соціальними факторами створюють величезні труднощі для розроблення, планування, реалізації й оцінювання результативності превентивних програм. Як правило, сучасні ефективні інтервенції включають елементи різних теоретичних концепцій зміни поведінки або ґрунтуються на комбінації кількох теорій.

В Україні, за дуже нечисленними винятками, немає досвіду впровадження ефективних поведінкових втручань щодо соціально-небезпечних хвороб і, отже, немає розробленого теоретичного й практичного апарату управління епідеміями. Разом 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 ІПСШ, 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 (ІПСШ), та гемоконтактними інфекціями (ГКІ) у сучасній Україні диктує необхідність розроблення, апробації й упровадження на практиці нових моделей мультидисциплінарних поведінкових втручань для найвразливіших 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 показує досвід, найбільша ефективність про-

філактичних втручань досягається у випадку їх теоретичного та емпіричного обґрунтування, тобто якщо вони ґрунтуються на загальноновизнаних і перевірених у рамках наукових досліджень концепціях корекції поведінки. Лікарі, які займаються профілактикою соціально значущих захворювань — дерматовенерологи, інфекціоністи, наркологи — часто зовсім не обізнані з теоретичними концепціями й 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 ІПСШ 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 та необхідності зміни ризикованої сексуальної поведінки. Такі «інтервенції» не ефективніші, ніж поради кинути курити чи скинути зайву вагу. Продаж сигарет не знизився внаслідок розміщення на пачках суворих попереджень з боку МОЗ і навіть страшних зображень легких курця. Так само марними виявляються плакати, що демонструють симптоми ІПСШ, на стінах венерологічних клінік [Grau, 2013: pp. 400–410]. Уже на початку ХХ століття, 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 мотиватора 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 та груп населення, які є об'єктом впливу, за допомоги 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 й реалізації комплексу законодавчих та 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 та суспільства в цілому [Стратегии, 2008].

Найдієвішими інтервенціями, які сприяли б 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. 2).

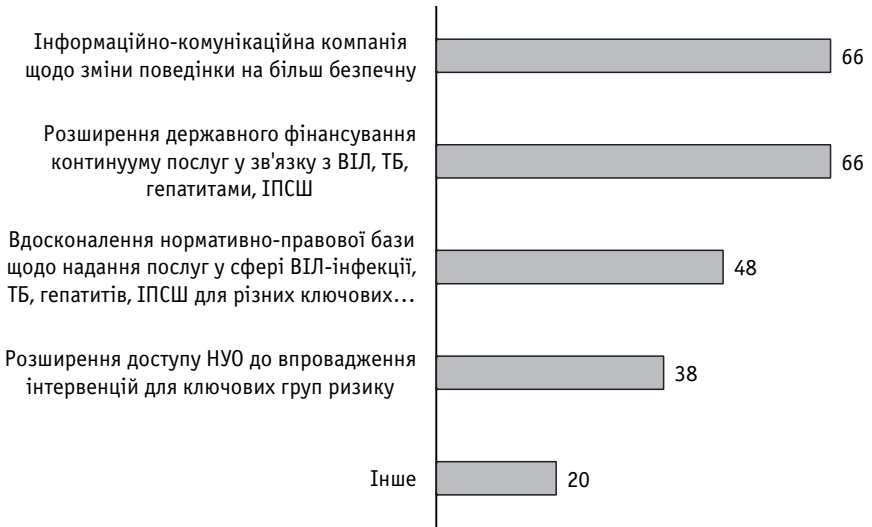


Рис. 2. Розподіл відповідей експертів на запитання: «Які інтервенції, на Вашу думку, сприяли б зміні ризикованої поведінки ключових груп населення щодо власного здоров'я на здоров'язберігальну?», %

Близько половини (48%) експертів вважають, що зміні ризикованої поведінки на більш безпечну сприяло б удосконалення нормативно-правової бази щодо надання послуг у сфері ВІЛ-інфекції, ТБ, гепатитів, ІПСШ 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 в 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, ІПСШ, 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 та протидії негативним впливам соціального оточення.

Отже, всі ці заходи є, на наш погляд, важливі й роботу щодо зміни ризикованої поведінки на більш безпечну з метою профілактики поширення соціально небезпечних хвороб слід вести одночасно у кількох напрямках:

- **інформування та освічення населення для досягнення кращого розуміння проблеми.** Сьогодні медичні послуги досягнули 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 у покращенні обізнаності [Giving, 2013]. Будучи краще поінформованими, представники груп ризику можуть краще зорганізуватися задля підвищення обізнаності щодо своїх прав, потреб, політик та юридичних питань, які найбільше їх стосуються;
- **створення сприятливого середовища:** сприятливе законодавство, політичні та фінансові зобов'язання, в 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 та захисних політик для всіх груп ризику, можуть підтримати формування сприятливого середовища, особливо у 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 через оптимізацію 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, ППСШ та 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, ППСШ, ТБ і гепатитами, люди повинні розуміти свій рівень ризику, бути впевненими у знаннях та 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 пакету послуг, що включає втручання у сфері охорони здоров'я і стратегії для створення сприятливого середовища. Вони можуть відбуватися під час особистого спілкування 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 та 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.

Висновки

На сьогодні проблема ВІЛ-інфекції/СНІД, ППСШ, ТБ та вірусних гепатитів вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного значення через невинне зростання темпів їх поширення серед населення України.

Ефективна відповідь на ВІЛ, ТБ, ППСШ та гепатити не лише потребує надання послуг і розроблення програми підтримки для груп ризику інфікування цими хворобами, а й вимагає впровадження внутрішньосистемних та 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 та дискримінацію, бідність, насильство й бездомність серед певних груп населення. Ці фактори впливають на рівень захищеності від соціально-небезпечних хвороб окремих осіб та 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, ППСШ, гепатитів та інших соціально небезпечних хвороб на засадах запровадження багатовідомчого й багатосекторального підходу до протидії цим захворюванням, а також залучення до цього процесу ширшого кола зацікавлених сторін.

Необхідно сформувати комплекс соціально-економічних заходів щодо поліпшення умов та способу життя, навколишнього середовища, виховання тощо з метою створення умов, що внеможливають 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 через виявлення, нейтралізацію або усунення причин та умов, що підтримують персистенцію біологічного збудника їх серед представників окремих соціальних груп і серед широких верств населення.

Перспективи подальших розвідок

Актуальним напрямом подальших розвідок є вивчення поведінкових стратегій у царині здоров'я, що може посилити та збагатити теоретичний і практичний потенціал досліджень, присвячених проблемам громадського здоров'я та поведінки, спрямованої на самозбереження.

Джерела

Бар'єри лікування туберкульозу в Україні: результати дослідження. (2020). Центр громадського здоров'я Міністерства Охорони Здоров'я України. Отримано з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Bariery_likuvannia_TV_report.pdf.

Безкоштовні ліки від вірусних гепатитів В та С доступні для мешканців Дніпропетровської області. (2021). Дніпропетровський обласний медичний центр соціально значущих хвороб. Отримано з: <https://www.facebook.com/dnpr.center/photos/a.572176229655561/1492819030924605/?type=3>.

В умовах епідемії COVID-19 не можна забувати про туберкульоз (2020). Громадський Простір. Отримано з: <https://www.prostir.ua/?news=v-umovah-epidemiji-covid-19-ne-mozhna-zabuvaty-pro-tuberkuloz>.

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, 23–26.

Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту 2016–2021. На пути к ликвидации вирусного гепатита. (2016). Всемирная организация здравоохранения. Отримано з: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250042/WHO-HIV-2016.06-rus.pdf>.

Демченко, І., Скокова, Л., Булига, Н. (2020). *Індекс стигми людей, які живуть з ВІЛ*. АЦ «Соціоконсалтинг», БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД». Київ. Отримано з: <https://network.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/INDEKS-STYGMY-LYUDEJ-YAKI-ZHYVUT-Z-VIL-2.0-1-1.pdf>.

Дослідження доступності лікування коінфекції ВІЛ та вірусного гепатиту С в Україні. (2021). Центр громадського здоров'я Міністерства Охорони Здоров'я України. Отримано з: <https://phc.org.ua/news/doslidzhennya-dostupnosti-likuvannya-koinfekcii-vil-ta-virusnogo-gepatitu-s-v-ukraini>.

Здоровые модели поведения: больше внимания к анализу поведенческих и культурных факторов. (2019). Всемирная организация здравоохранения. Отримано з: <https://www.who.int/europe/ru/initiatives/healthier-behaviours-incorporating-behavioural-and-cultural-insights>.

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). (2017). Центр громадського здоров'я Міністерства Охорони Здоров'я України. Отримано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/infekcii-scho-peredayutsya-statevim-shlyakhom-ipssh>.

МіО в сфері громадського здоров'я. (2016). Альянс Громадського Здоров'я. Отримано з: <https://profihealth.org.ua/uk/lessons/138>.

Проблематика громадського здоров'я. (2020). Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України. Отримано з: http://www.cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya_480.html.

Профілактика ВІЛ-інфекції, діагностика, лікування та догляд для ключових груп населення. Клінічна настанова, заснована на доказах. (2018). Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. Отримано з: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2018_07_kn_profvil.pdf.

Сбор поведенческих данных для национальных программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и ИППП. (2002). Совместный семинар ИМПАКТ/ФХИ/ЮНЭЙДС: отчет и выводы 1998. Отримано з: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/meetingbehavdata_ru_0.pdf.

Статистика з ВІЛ/СНІДу. (2022). Центр громадського здоров'я Міністерства Охорони Здоров'я України. Отримано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>.

Стратегии изменения поведения людей: роль систем здравоохранения. (2008). Европейский региональный комитет. Пятдесят восьмая сессия. Тбилиси, Грузия, 15–18 сентября 2008. Всемирная организация здравоохранения. Отримано з: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/70189/RC58_rdoc10.pdf.

Цветкова, Л.А., Гурвич, И.Н., Шаболтас, А.В. и др. (2006). *Теоретические модели формирования, контроля и коррекции наркопотребления.* Санкт-Петербург: Издательство Государственного Университета.

Чи доступні курси лікування гепатитів В/С на Сумщині? (2021). Сумська обласна військова адміністрація (2021, серпень 13). Отримано з: <http://sm.gov.ua/uk/arkhiv1/26047-chy-dostupni-kursy-likuvannya-hepatytiv-vs-na-sumshchyni.html>.

Бар'єри лікування туберкульозу в Україні: результати дослідження. (2020). Центр громадського здоров'я Міністерства Охорони Здоров'я України. Отримано з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Bariery_likuvannia_TV_report.pdf.

Безкоштовні ліки від вірусних гепатитів В та С доступні для мешканців Дніпропетровської області. (2021). Дніпропетровський обласний медичний центр соціально значущих хвороб. Отримано з: <https://www.facebook.com/dnepr.center/photos/a.572176229655561/1492819030924605/?type=3>.

Волкостлавская, 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, 23–26.

В умовах епідемії COVID-19 не можна забувати про туберкульоз (2020). Громадський Простір. 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. На пути к ликвидации вирусного гепатита. (2016). Всемирная организация здравоохранения. Отримано з: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250042/WHO-HIV-2016.06-rus.pdf>.

Демченко, І., Скокова, Л., Булига, Н. (2020). *Індекс стигми людей, які живуть з ВІЛ.* АЦ «Соціоконсалтинг», БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД». Київ. Отримано з: <https://network.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/INDEKS-STYGMY-LYUDEJ-YAKI-ZHYVUT-Z-VIL-2.0-1-1.pdf>.

Дослідження доступності лікування коінфекції ВІЛ та вірусного гепатиту С в Україні. (2021). Центр громадського здоров'я Міністерства Охорони Здоров'я України. Отримано з: <https://phc.org.ua/news/doslidzhennya-dostupnosti-likuvannya-koinfekcii-vil-ta-virusnogo-gepatitu-s-v-ukraini>.

Здоровые модели поведения: больше внимания к анализу поведенческих и культурных факторов. (2019). Всемирная организация здравоохранения. Отримано з: <https://www.who.int/europe/ru/initiatives/healthier-behaviours-incorporating-behavioural-and-cultural-insights>.

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). (2017). Центр громадського здоров'я Міністерства Охорони Здоров'я України. Отримано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/infekcii-scho-peredayutsya-statevim-shlyakhom-ipssh>.

МіО в сфері громадського здоров'я. (2016). Альянс Громадського Здоров'я. Отримано з: <https://profilhealth.org.ua/uk/lessons/138>.

Проблематика громадського здоров'я. (2020). Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України. Отримано з: http://www.cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya_480.html.

Профілактика ВІЛ-інфекції, діагностика, лікування та догляд для ключових груп населення. Клінічна настанова, заснована на доказах. (2018). Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. Отримано з: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2018_07_kn_profvil.pdf.

Сбор поведенческих данных для национальных программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и ИППП. (2002). Совместный семинар ИМПАКТ/ФХИ/ЮНЭЙДС: отчет и выводы 1998. Отримано з: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/meetingbehavdata_ru_0.pdf.

Статистика з ВІЛ/СНІДу. (2022). Центр громадського здоров'я Міністерства Охорони Здоров'я України. Отримано з: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>.

Стратегии изменения поведения людей: роль систем здравоохранения. (2008). Европейский региональный комитет. Пятдесят восьмая сессия. Тбилиси, Грузия, 15–18 сентября 2008. Всемирная организация здравоохранения. Отримано з: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/70189/RC58_rdoc10.pdf.

Цветкова, Л.А., Гурвич, И.Н., Шаболтас, А.В. и др. (2006). *Теоретические модели формирования, контроля и коррекции наркопотребления.* Санкт-Петербург.: Издательство Государственного Университета.

Чи доступні курси лікування гепатитів В/С на Сумщині? (2021). Сумська обласна військова адміністрація (2021, серпень 13). Отримано з: <http://sm.gov.ua/uk/arkhiv1/26047-chy-dostupni-kursy-likuvannya-hepatytiv-vs-na-sumshchyni.html>.

Behavioural and Cultural Factors. (2022). The Behavioural and Cultural Insights (BCI) Hub. World Health Organization Regional Office for Europe. Retrieved from: www.bci-hub.org.

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*, 6 (3), 299–307.

Giving young people information, skills and knowledge they need. (2013). Comprehensive Sexuality Education. United Nations Population Fund (2013, March 11). Retrieved from: <http://www.unfpa.org/public/home/adolescents/pid/6483>.

Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015. (2021). World Health Organization (2011, February 25). Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf.

Grau, L.E., Krasnoselskikh, T.V., Shaboltas, A.V., Skochilov, R.V., Kozlov, A.P., Abdala, N. (2013). Cultural adaptation of an intervention to reduce sexual risk behaviors among patients attending a STI clinic in St. Petersburg, Russia. *Prevention Science*, 14 (4), 400–410. DOI: 10.1007/s11121-012-0301-6.

Katz, I.T., Ryu, A.E., Onuegbu, A.G., Psaros, C., Weiser, S.D., Bangsberg, D.R., Tsai, A.C. (2014). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16 (3/2), 18640. DOI: 10.7448/IAS.16.3.18640.

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*, 2 (1), 1–11.

UNAIDS Terminology Guidelines. (2007). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Retrieved from: https://documentation.lastradainternational.org/lisdocs/un aids_07_terms_0607.pdf.

Отримано 21.02.2023

References

Are hepatitis B/C treatment courses available in Sumy Oblast? (2021). Sumy Regional Military Administration (2021, August 13). [In Ukrainian]. Retrieved from: <http://sm.gov.ua/uk/arkhiv1/26047-chy-dostupni-kursy-likuvannya-hepatytiv-vs-na-sumshchyni.html>. [= Чи доступні 2001]

Barriers to tuberculosis treatment in Ukraine: research results (2020). Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. [In Ukrainian]. Retrieved from: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Barriers_likuvannya_TB_report.pdf. [= Бар'єри 2020]

Behavioral data collection for national HIV/AIDS and Sexually transmitted infections (STI) prevention programs (2002). IMPACT/FHI/UNAIDS joint seminar: report and conclusions of year 1998. [In Russian]. Retrieved from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/meetingbehavdata_ru_0.pdf. [= Сбор 2002]

Behavioural and Cultural Factors (2022). The Behavioural and Cultural Insights (BCI) Hub. World Health Organization Regional Office for Europe. Retrieved from: www.bci-hub.org

Demchenko, I., Skokova, L., Bulyhga, N. (2020). *Stigma index of people living with HIV. Socioconsulting & Ukrainian network of people living with HIV/AIDS*. [In Ukrainian]. Retrieved from: <https://network.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/INDEKS-STYGYMY-LYUDEJ-YAKI-ZHYVUT-Z-VIL-2.0-1-1.pdf>. [= Демченко 2020]

Free medicaments for viral hepatitis B and C are available to residents of the Dnipropetrovsk region (2021). Dnipropetrovsk Regional Medical Center for Socially Significant Diseases (2021, February 12). [In Ukrainian]. Retrieved from: <https://www.facebook.com/dnepr.center/photos/a.57217622965561/1492819030924605/?type=3>. [= Безкоштовні ліки 2021]

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*, 6 (3), 299–307.

Giving young people information, skills and knowledge they need (2013). Comprehensive Sexuality Education. United Nations Population Fund (2013, March 11). Retrieved from: <http://www.unfpa.org/public/home/adolescents/pid/6483>.

Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015 (2011). World Health Organization (2011, February 25). Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf.

Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015 (2011). World Health Organization (2011, February 25). Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf.

Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021: Towards ending viral hepatitis (2016). World Health Organization. [In Russian]. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250042/WHO-HIV-2016.06-rus.pdf>. [= Глобальная стратегия 2016]

Grau, L.E., Krasnoselskikh, T.V., Shabolts, A.V., Skochilov, R.V., Kozlov, A.P., Abdala, N. (2013). Cultural adaptation of an intervention to reduce sexual risk behaviors among patients attending a STI clinic in St. Petersburg, Russia. *Prevention Science*, 14 (4), 400–410. DOI: 10.1007/s11121-012-0301-6.

Healthier behaviours: incorporating behavioural and cultural insights (2019). World Health Organization. [In Russian]. Retrieved from: <https://www.who.int/europe/ru/initiatives/healthier-behaviours-incorporating-behavioural-and-cultural-insights>. [= Здоровые модели 2019]

HIV prevention, diagnosis, treatment and care for main population groups. Evidence-based clinical practice (2018). State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine. [In Ukrainian]. Retrieved from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2018_07_kn_profvil.pdf. [= Профілактика 2018]

HIV/AIDS statistics (2022). Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. [In Ukrainian]. Retrieved from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>. [= Статистика 2022]

Katz, I.T., Ryu, A.E., Onuegbu, A.G., Psaros, C., Weiser, S.D., Bangsberg, D.R., Tsai, A.C. (2014). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16 (3/2), 18640. DOI: 10.7448/IAS.16.3.18640.

Monitoring and Evaluation in the field of public health (2016). Public Health Alliance. [In Ukrainian]. Retrieved from: <https://profilhealth.org.ua/uk/lessons/138>. [= MiO 2016]

Public health issues (2020). Vinnytsia Regional Center for Disease Control and Prevention of the Ministry of Health of Ukraine (2020, July 30). [In Ukrainian]. Retrieved from: http://www.cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya_480.html. [= Проблематика 2020]

Research on treatment possibilities for HIV co-infection and viral hepatitis C in Ukraine (2021). Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. [In Ukrainian]. Retrieved from: <https://phc.org.ua/news/doslidzhennya-dostupnosti-likuvannya-koinfekcii-vil-ta-virusnogo-gepatitu-s-v-ukraini>. [= Дослідження 2021]

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*, 2 (1), 1–11.

Sexually transmitted infections (STIs) (2017). Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. [In Ukrainian]. Retrieved from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/infekcii-scho-peredayutsya-statevim-shlyakhom-ipssh>. [= Інфекції 2017]

Strategies for changing people's behavior: the role of health care systems (2008). European regional committee. Fifty-eighth session. Tbilisi, Georgia, September 15–18, 2008. World Health Organization. [In Russian]. Retrieved from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/70189/RC58_rdoc10.pdf. [= Стратегии 2008]

Tsvetkova, L.A., Hurvych, I.N., Shabolta, A.V. et al. (2006). *Theoretical models of drug usage formation, control and adjustment*. [In Russian]. St. Petersburg: Saint Petersburg State University Publisher. [= Цветкова 2006]

UNAIDS *Terminology Guidelines* (2007). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Retrieved from: https://documentation.lastradainternational.org/lisidocs/un aids_07_terms_0607.pdf.

Volkoslavskaya, V.N., Gutnev, A.L. (2011). Dynamics of skin pathology and sexually transmitted infections in the population of Ukraine in recent years (2000–2010). [In Russian]. *Contemporary issues in dermatovenereology and cosmetology*, 15, 23–26. [= Волкостлавская, Гутнев 2011]

We should remember about tuberculosis even in COVID-19 epidemic time (2020). Gromadskiy Prostrir 'Civil Society Platform' (2020, September 09). [In Ukrainian]. Retrieved from: <https://www.prostrir.ua/?news=v-umovah-epidemiji-covid-19-ne-mozhna-zabuvaty-pro-tuberkuloz>. [= В умовах 2020]

Received 21.02.2023

ГУЛЬБАРШИН ЧЕПУРКО

Чинники, що зумовлюють поведінкові моделі уразливих груп населення за умов поширення соціально-небезпечних хвороб (за результатами експертного опитування)

У статті на основі аналізу результатів експертного опитування визначено основні моделі поведінки ключових груп населення, які перебувають у зоні ризику інфікування ТБ, ВІЛ, гепатитів, ППСШ (груп ризику) за умов поширення соціально-небезпечних хвороб. Виявлено взаємозв'язок між моделями/типами поведінки груп ризику і факторами, які вплинули на їх формування такими як: ціннісно-мотиваційний, соціально-економічний, фінансовий, медичний, когнітивний і соціальний фактори, а також стигматизація та самостигматизація. Наголошено, що неможливо пояснити поведінку груп ризику одним-двома чинниками. Слід розглядати всі фактори, що впливають на поведінку, у взаємозв'язку. Визначено, що найдієвішими інтервенціями, що сприятимуть зміні ризикованої та пасивної поведінки груп ризику на таку, що зберігає здоров'я, є: інформаційно-комунікаційна кампанія щодо зміни поведінки на більш безпечну, розширення державного фінансування континууму послуг у зв'язку з ВІЛ, ТБ, гепатитами, ППСШ; вдосконалення нормативно-правової бази щодо надання послуг у сфері ВІЛ-інфекції, ТБ, гепатитів, ППСШ для різних груп ризику, розширення доступу НУО до впровадження інтервенцій для груп ризику. Особливий акцент у статті зроблено на тому, що профілактична робота із запобігання поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу передбачає здійснення поведінкових втручань на індивідуальному та соціальному рівнях. 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.

Ключові слова: соціально небезпечні хвороби, групи ризику, ризикована поведінка, пасивна поведінка, здоров'язбережувальна поведінка, мотивація до збереження здоров'я, інтервенції, поведінкові втручання

GULBARSHYN CHEPURKO

Factors determining behavioral models of vulnerable population groups in situation of wide spread of socially dangerous diseases (according to expert survey results)

The article presents expert survey analysis results and defines major behavior models for main population groups in TB, HIV, hepatitis, STD infection risk zone (risk groups) in situation of wide spread of socially dangerous diseases. The correlation was detected between risk groups behavior models/types and their formation factors, including value-motivation, socio-economic, financial, medical, cognitive and social factors, as well as stigmatization and self-stigmatization. The research shows that it is impossible to relate risk groups behavior to only one or two factors. All influential factors should be considered in connection to each other. The article determines most effective interventions changing risk groups behavior from passive to health-preserving one, such as information and communication campaign on safe behavior; expanding state funding on HIV, TB, hepatitis, STDs services; legal framework improvement for services in field of HIV infection, TB, hepatitis, STDs for various risk groups; expanding NGOs' access to risk groups interventions. The article emphasizes the fact that preventive work against spreading HIV/AIDS epidemic involves behavioral interventions at individual and social level. It is proposed to consider the problem of socially dangerous diseases resistance not as a part of medical system only, but also as a part of political, managerial, economic, social, humanitarian and cultural problem that cannot be solved by branch medical management or medical means only.

Keywords: socially dangerous diseases, risk groups, risky behavior, passive behavior, health-preserving behavior, health motivation, interventions, behavioral interventions