



Профілактика суспільно небезпечних хвороб: світоглядний вибір?



Уже кілька років поспіль Україну охоплюють епідемії, пов'язані між собою. Так, починаючи з 1995 року (коли кількість хворих перевищила один відсоток населення) у державі оголосили епідемію туберкульозу. Вона невпинно прогресує та набуває загрозливих масштабів. Незважаючи на протитуберкульозні заходи, здійснювані в нашій країні, епідемічна ситуація із захворюваністю на туберкульоз залишається напруженою [8].

Тетяна СЕМИГІНА,
кандидат політичних наук,
доцент Національного університету
«Києво-Могилянська академія»

Водночас з 1994 року швидко поширився вірус імунодефіциту людини (ВІЛ). Попри впровадження масштабних програм протидії, фінансованих переважно міжнародними донорами, протягом останніх п'яти років спостерігається зростання й інфікування ВІЛ, і смертності від СНІДу. Епідемія ця, як відомо, стосується передовсім молоді, людей продуктивного віку та їхніх дітей.

Більшість ВІЛ-інфікованих (близько 60%) помирають від легеневого та позалегового туберкульозу. Згідно з деякими джерелами, офіційні показники смертності від ВІЛ/СНІДу можуть становити лише частину справжньої кількості смертей від цієї інфекції. За оцінками Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, на кожну людину, яка помирає від СНІДу, припадає троє ВІЛ-позитивних осіб (переважно молодих ін'єкційних наркозалежних), які йдуть із життя від вторинних причин – від передозування до самогубства.

Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні збіглася в часі з епідемією ін'єкційної наркоманії, що теж має «молодіжне обличчя». І хоча офіційна статистика Міністерства охорони здоров'я України дає позитивну динаміку зловживання наркотиками серед неповнолітніх (дещо зменшується кількість дітей та підлітків, зареєстрованих у наркологічних диспансерах), проте реальну ситуацію оцінити важко. Причиною є й поширеність «анонімного» лікування, і вживання клубних наркотиків та побутових речовин, і незвертання по медичну допомогу дітей і молоді з родин, які не можуть собі дозволити лікування, або дітей та молоді, що живуть і працюють на вулиці.

Ті, хто вживають наркотики ін'єкційним шляхом, мають високий ризик інфікуватися ВІЛ та гепатитами В і С. Сприяють цьому, зокрема, сформована в Україні колективна культура споживання наркотиків, продаж наркотиків у шприцах тощо. За даними українського бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ),

носіями гепатитів є 6% дорослого населення. Натомість громадські організації називають цифру 9%. Водночас практики й теоретики доходять висновку, що понад 90% хворих не знають про свій діагноз, а отримати кваліфіковану медичну допомогу можуть не більш як 1%.

Соціально небезпечні хвороби – туберкульоз, ВІЛ/СНІД, наркозалежність, гепатити – стали викликами для сучасної системи охорони здоров'я і державної політики загалом. Ці хвороби, підсилюючи одна одну, руйнують імунну систему людини. Відправною точкою в багатьох випадках є ін'єкційне вживання наркотиків. Названі хвороби можна попередити (про це свідчать дослідження українських і зарубіжних учених), однак утручання повинні орієнтуватися на зміну поведінки та ґрунтуватися на сучасних ідеях.

Розгортання в Україні епідемії свідчить, що профілактична робота є недостатньою й потребує ретельного вивчення. Останніми роками проводилися цікаві дослідження, які дають уявлення про поведінку вразливих груп, особливо до вірусу імунодефіциту людини. Проте ці дослідження не були спрямовані на оцінку політики й практики протидії ВІЛ та іншим епідеміям. Зокрема, через здійснення індивідуальної та структурної профілактичної роботи. Тоді як в Україні та за кордоном, особливо в середовищі міжнародних донорських організацій, є зацікавленість у розумінні сильних та слабких сторін профілактичних утручань. У цій статті здійснено аналіз залежності змісту профілактики від ідеологічних чинників і політичної культури суспільства.

Насамперед наголосимо, що протидія соціально небезпечним хворобам, зокрема їх профілактика на індивідуальному та колективному рівнях, віддзеркалює суспільні цінності й очікування. Відтак рішення в політиці охорони громадського здоров'я ґрунтуються не тільки на

визначенні найістотнішої альтернативи з огляду на медичний ефект і виходять за межі суто медичних утручань. Вагому роль відіграють чинники середовища політики, світоглядні, ідеологічні позиції.

Як стверджують британські дослідники політики охорони громадського здоров'я, цю політику доречно оцінювати з огляду на контекст, у якому її впроваджують [11]. Тому важливо розуміти як структуру середовища політики, так і чинники середовища, що прямо чи опосередковано позначаються на цій політиці. Для розуміння ролі середовища політики можна скористатися класифікацією Г. Леічтера, котрий виокремлював три групи системних чинників:

- ситуаційні – змінні, притаманні певному проміжку часу стани, як-от значущі події або раптові зміни, що впливають на політику (наприклад, війна, революція, радикальні зміни політичних лідерів);

- структурні – усталені в часі суспільні та політичні особливості, що можуть вплинути на політику (політичний режим, економічна ситуація, соціальні та демографічні особливості, як-от: рівень урбанізації, показники народжуваності та вікова структура населення, рівень міграції, технологічні інновації та досягнення);

- культурні та ідеологічні, які визначають рівень прихильності певних груп, об'єднань та суспільства загалом певній політиці; сформовані такими складовими, як політична культура, довіра уряду, мова, релігія, традиційні соціальні цінності;

- оточуючі (екзогенні) – події, структури, цінності, які існують за межами впровадження певної політики, але впливають на прийняття рішень стосовно неї (транснаціональні корпорації, міжнародна підтримка, донорська фінансова допомога) [10].

Розглянемо докладніше вплив культурних та ідеологічних чинників на політику протидії соціально небезпечним хворобам, насамперед наркозалежності, що є рушійною силою інших епідемій, а також взаємодію різних чинників середовища політики.

За висновками Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркозалежності (*EMCDDA*), політика протидії наркозалежності може ґрунтуватися на таких підходах:

- 1) каральному репресивному, який передбачає тотальну відмову від уживання наркотиків, жорсткі заходи контролю за обігом наркотиків;

- 2) що передбачає зменшення шкоди від уживання наркотиків через запровадження так званих низькопорогових програм, які ґрунтуються на контрольованому вживанні наркотичних речовин; цей підхід орієнтований на мінімізацію шкідливих наслідків і соціальних проблем, що виникають у зв'язку з уживанням наркотиків; зменшення поширеності споживання опіоїдів у небезпечних кількостях і небезпечними способами, передовсім груповим, а також на попередженні залучення нових споживачів у небезпечне для життя і шкідливе для здоров'я споживання наркотиків, зокрема молоді й підлітків; цей підхід став особливо популярним з огляду на поширення ВІЛ/СНІДу та гепатитів, які передаються під час уживання наркотиків за допомогою нестерильного інструментарію;

- 3) підході з позицій культурної інтеграції, згідно з яким уживання наркотичних речовин потрібно регулювати звичними засобами, які має суспільство для соціального контролю [12]. Політику з позицій культурної інтеграції впроваджують лічені країни, де лікування наркозалежності – одна з можливих форм медичної допомоги; як правило, в цих країнах легалізовано продаж «легких» наркотиків.

Відповідно вирізняють дві моделі допомоги споживачам ін'єкційних наркотиків:

- орієнтовану на цілковиту відмову від наркотуку; ґрунтується на припущенні, що відмова від уживання наркотиків, припинення зловживання одночасно розв'яжуть цілий комплекс проблем та убезпечать від негативних наслідків, пов'язаних зі зловживанням наркотиками. Їх застосовують у наркологічних лікарнях, диспансерах, або реабілітаційних центрах. У лікарнях, як правило, використовують фармакотерапію та обмежено – психосоціальні заходи, тоді як у реабілітаційних центрах – суто психосоціальні. Прикладами заходів, спрямованих на цілковиту відмову людини від уживання наркотиків, можуть бути різноманітні реабілітаційні програми: духовно-релігійного спрямування, медико-психологічні або соціально-психологічні, самопомоги та взаємодопомоги (наприклад, програма «12 кроків»), а також примусове ув'язнення та реабілітація (як виконання покарання за скоєні злочини);

- спрямовану на зменшення шкоди від уживання наркотиків; базується на переконаннях про неможливість остаточного викорінення зловживання наркотиками як суспільного явища і натомість пропонує зосередити увагу на розв'язанні першочергових проблем, спричинених зловживанням наркотиками, мінімізації наслідків зловживання. Така допомога передбачає, зокрема, проходження замісної терапії препаратами наркотичної дії (метадон, ібупренорфін тощо), але безін'єкційним шляхом і під наглядом лікарів. У межах такої терапії застосовують психосоціальні заходи, які планують разом із хворим.

Фахівці доводять, що ефективне лікування наркозалежності є одним із дієвих елементів профілактики поширення ВІЛ/СНІДу. Наразі без заміників наркотиків і соціальної підтримки неможливо застосовувати препарати, які подовжують життя ВІЛ-позитивних людей, і утримувати людей від скоєння злочинів заради здобуття чергової дози наркотуку.

У країнах, де сповідують сучасні принципи поводження зі споживачами наркотиків, де надають перевагу не репресивним методам, а медичним та психосоціальним заходам підтримки, епідемію вдається стримувати. Якщо наркоспоживач отримує якісне лікування, він перестає бути джерелом підживлення епідемії, і водночас не має значення, сам він був винний у своєму захворюванні чи хтось інший. Не отримуючи такого лікування, він продовжує бути джерелом для нових випадків і допомагає наростанню епідемічного процесу. Слід згадати, що у світі давно вже визначилися з питанням, лікувати чи не лікувати наркозалежних. Ідеться лише про те, які методи лікування є найбільш ефективними та доступними [7].

Варто також зазначити, що профілактична робота із запобігання поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу передбачає здійснення поведінкових утручань на індивідуальному та соціальному рівнях. Індивідуальна робота, тобто робота на мікрорівні, може проводитися як з однією людиною (клієнтом), так і з її найближчим оточенням. Робота на соціальному рівні передбачає здійснення впливу на макрорівні, тобто проведення різноманітних акцій, найчастіше інформаційних та просвітницьких кампаній, спрямованих на широкі групи населення. Такі активні форми профілактики мають бути орієнтовані на зміну поведінки, а не лише на поглиблення обізнаності. При цьому залякування не дає бажаного ефекту, адже людям властиво не боятися того, чим їх лякають [5].

Масштабне поширення туберкульозу зумовлене як поширенням епідемій наркозалежності та ВІЛ/СНІДу, так



і соціально-економічною нестабільністю, зниженням життєвого рівня населення, неякісним харчуванням певних груп населення, збільшенням кількості соціально дезадаптованих осіб, а також застосуванням неефективних засобів діагностики, лікування та заходів профілактики. Власне, туберкульоз вважається «соціальною» хворобою і його профілактика має бути структурною, орієнтованою на боротьбу з бідністю і хронічними стресами, які послаблюють імунітет людини. Водночас попередження поширення туберкульозу, окрім просвітницької роботи з населенням та фахівцями (первинна профілактика), має передбачати заходи, що обмежують поширення захворювання серед уразливих груп (вторинна профілактика), та вчасне виявлення й ефективне лікування бактеріозів (третинна профілактика).

Гостра епідеміологічна ситуація в Україні щодо наркозалежності, ВІЛ/СНІДу та туберкульозу не зменшує палкості політичних, суспільних і фахових дебатів стосовно доцільності тих чи інших форм профілактики цих соціально небезпечних хвороб.

За нещодавніми висновками фахівців, в українській наркополітиці продовжує домінувати карально-репресивний підхід. За оцінками Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, за 15 років вітчизняна наркополітика кардинально не змінила ситуації з уживанням наркотиків. Так, кількість наркозалежних людей в Україні постійно зростає, а вік, у якому люди починають їх уживати, зменшується.

Ось уже кілька років, як в Україні під тиском міжнародних структур, зокрема Глобального фонду з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, започатковано програми замісної підтримувальної терапії (спочатку – ібупренорфінум, згодом – метадоном). Однак експериментальна діяльність, фінансована міжнародними проектами, викликала суспільний спротив, зокрема, вкрай негативне ставлення міліції і так званих батьківських комітетів. У такий спосіб екзогенний чинник формування політики зіштовхнувся з ідеологічним, культурним.

Дискусії стосувалися не ефективності медичного втручання, а перетворилися на світоглядні дебати: яке ставлення до наркозалежних має демонструвати суспільство – осудливе, каральне, що передбачає цілковите утримання від уживання наркотиків, чи толерантне, що передбачає підтримку й припускає поступову відмову. Пошук відповідей на запитання, яку свободу в цій сфері можемо собі дозволити, який рівень підтримки для тих, хто вживає наркотики, має забезпечити суспільство, як гарантувати соціальну безпеку, триває донині. Певною мірою це зумовлено відкритістю питання політико-правової моделі держави, яку будемо.

Загалом, надмірно високий рівень криміналізації наркозалежних не дає можливості ефективно впровадити програми профілактики та лікування. Так, негативна суспільна думка (теж складова культурних чинників політики) щодо споживачів наркотиків призводить до того, що чимало серопозитивних наркозалежних, які здають аналізи на ВІЛ, не повертаються до клінік за результатами. Вони часто не приходять у призначений час до лікарів або не здають матеріалу для повторного тесту після першого позитивного результату, відтак не отримують лікування і можуть поширювати інфекцію далі.

Що стосується профілактики ВІЛ/СНІДу, то в Україні досить довго застосовували медикалізований підхід до протидії епідемії. Тому серед національних заходів із протидії епідемії домінували лікувальні, тобто відбувалася боротьба з наслідками. Тоді як ВІЛ належить до так званих поведінкових хвороб, адже інфікування можна попередити шляхом дотримання безпечної поведінки:

уникнення незахищених статевих контактів, використання стерильного інструментарію для ін'єкцій, гоління тощо.

Левову частку профілактичної роботи останніми роками здійснювали в Україні громадські організації коштом міжнародних донорів і вітчизняних благодійників. Ця діяльність є некоординованою та непослідовною [6]. Про ефективність цієї роботи свідчать такі факти:

1) рівень охоплення профілактичними програмами не є високим, водночас молодим людям 15–24 років, які брали участь у заходах, присвячених профілактиці ВІЛ, найчастіше пропонували досить традиційні форми роботи – лекції та буклети;

2) правильно визначають шляхи запобігання статевому передаванню ВІЛ-інфекції та знають, як ВІЛ не передається, лише 40 відсотків молоді; толерантно ставляться до ВІЛ-інфікованих лише 0,8 відсотка (такі «досягнення» не відповідають міжнародним зобов'язанням України);

3) неабиякий відрив знань від поведінки: тоді як майже всі молоді люди та представники вразливих до ВІЛ груп знають, що презерватив або стерильний інструментарій захищає від передачі вірусу, використовують їх малий відсоток респондентів [2; 9].

Складною залишається ситуація із провадженням ефективних профілактичних заходів у в'язницях, де набір базових послуг є обмеженим і подеколи зводиться до лекцій. Дані досліджень засвідчують: переважна більшість ув'язнених (88%) повідомили, що мали статеві контакти з іншими ув'язненими за останні шість місяців, але 87% ув'язнених зазначили, що ніколи не одержували презервативів із будь-якої профілактичної програми; ув'язнені також уживають у місцях позбавлення волі наркотики [1]. Це може свідчити про «закритість» теми статевих контактів і наркозалежності ув'язнених, про суспільне табу, що обмежує діяльність із профілактики ВІЛ у тюрмах. Крім того, певна кількість малозабезпечених змушені заробляти собі на проживання наданням сексуальних послуг, потрапляючи в такий спосіб до групи ризику щодо інфікування ВІЛ. Це теж ускладнює профілактичну роботу, адже працівники секс-бізнесу є переслідуваною групою [3].

Отже, втілення профілактичних програм у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу залишається проблематичним: з одного боку, держава має обмаль ресурсів на ці програми, а з другого – змістовність та ефективність програм, які реалізують нині, викликає чимало дискусій серед фахівців і громадськості. Наразі поширення ВІЛ/СНІДу кидає виклик усталеним поглядам на «добре» й «погане», на проблеми маргінальності, суспільного остракізму й соціального вилучення «інших», тобто людей, що відрізняються від «нормальних», ставить під сумнів такий поділ узагалі та порушує питання відповідальності за власну поведінку.

Протитуберкульозні заходи також супроводжуються в Україні гострими дебатами.

Річ у тім, що в нашій країні лікування туберкульозу зазвичай проводилося (і проводиться) стаціонарно. Пацієнт може перебувати в лікарні під наглядом медиків не більш як рік. Проте у світі поширюється альтернативна стратегія боротьби з цією хворобою – ДОТС (DOTS), яку в 1970-х роках уперше розробив доктор К. Стібло і яку згодом прийняла ВООЗ. Ця стратегія ґрунтується на обмеженому контрольованому лікуванні короткими стандартними курсами хіміотерапії. Вона передбачає госпіталізацію хворого на туберкульоз на два місяці та продовження лікування амбулаторно з веденням звичайного способу життя (повернення пацієнта на роботу,

до школи тощо). Для хворих, котрі потребують допомоги, налагоджено систему соціальної підтримки. З деякими змінами ДОТС успішно впровадили понад 150 країн світу, серед яких Німеччина, США, Нідерланди. Стратегія виявилась і ефективною, і рентабельною. В Україні ця стратегія застосовується як експеримент, зокрема, в Донецькій області (передовсім за підтримки фонду Р. Ахметова «Розвиток України»).

Запровадження альтернативної стратегії викликає спротив у деяких українських фахівців. Така позиція зрозуміла і з огляду на психологічний спротив інноваціям та звичку до традиційних парадигм лікування, і з огляду на те, що впровадження ДОТС означатиме скорочення ліжко-місць у спеціалізованих закладах до 5–7 тисяч і відповідно значної кількості фтизіатрів, – адже лікування відбуватиметься переважно під наглядом лікарів загальної практики. Тим часом лікування туберкульозу в Україні нині здійснюється переважно через загальнодержавну мережу – це 120 диспансерів, які мають 25 тисяч лікарняних ліжок і в яких працюють понад три тисячі фахівців.


У цьому контексті доречно згадати дослідження, яке виявило, що нинішня українська система лікування туберкульозу неефективна саме у маргіналізованих і малодоступних групах, котрі найбільше ризикують заразитися. Безпритульні, безробітні або ті, хто зловживає алкоголем, як правило, відвідують туберкульозні диспансери та лікарні, коли хвороба вже за давнєна, тож для них ризик смертності є високим. Ці пацієнти часто пояснюють, що вони «думали, що симптоми зникнуть», або вважали симптоми недостатньо серйозними, щоб звертатися до лікаря. На думку деяких представників неурядових організацій (НУО), хворих на туберкульоз було б ефективніше лікувати у притулках, тому що це економічно вигідніше й забезпечує кращий індивідуальний догляд порівняно з лікарняним. На противагу їм, певна частина лікарів наполягає на тому, що державне фінансування слід використовувати для зміцнення системи лікування туберкульозу, а не для створення нових альтернатив [13]. Отже, в цій царині зіштовхнулись структурні та культурні чинники.

Крім того, законодавство України містить норми, які заважають імплементації сучасних стратегій зміцнення системи охорони здоров'я загалом і поліпшенню контролю за туберкульозом зокрема. Річ у тім, що нині чимало хворих на туберкульоз із різних причин відмовляються від лікування, заражаючи водночас здорових людей. У багатьох навіть найдемократичніших країнах (таких, як США, Швейцарія та інші) діють закони, які в судовому порядку примушують хворих лікуватися і не поширювати хвороби [4]. Це також свідчить про вплив на політику протидії соціально небезпечним хворобам як структурних чинників, так і політичних традицій.

Наголосимо й на такому структурному чинникові, як інституційна відповідальність за протидію «соціальним» епідеміям. У нашій державі вона традиційно покладається на Міністерство охорони здоров'я. Проте медики переважно мають справу з наслідками хвороб, а не вивчають причини розгортання епідемій, які лежать значною мірою у площині розв'язання соціальних – не медичних – проблем держави. МОЗ не має належних ресурсів і повноважень для вирішення багатьох питань, які породжують епідемії. Тобто визначальними є сталі уявлення про політичну відповідальність тих чи інших урядових структур.

Нещодавнє рішення Глобального фонду – надати Україні значний грант у 100 млн. доларів, який буде реалізовано через фонд «Розвиток України», – може вплинути на підходи до протитуберкульозної діяльності. Од-

нак досвід утілення схожих грантів у сфері протидії ВІЛ/СНІДу засвідчує обмежену можливість недержавних структур змінити зміст державної політики у сфері профілактики хвороб.

Отже, в Україні триває розгортання епідемій ін'єкційної наркоманії, туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, які є взаємопов'язаними. Протидія цим соціально небезпечним хворобам має бути комплексною, ґрунтуватися на сучасних ефективних підходах, а це передбачає певні світоглядні зміни у спрямованості суспільних програм і допомоги. На нинішньому етапі культурні та ідеологічні чинники, посилені структурними перепонами, стають на заваді осучасненню профілактичної роботи. Проте чи готові ми – навіть з огляду на складну епідемічну ситуацію – до нових кроків, тим паче таких, що потребують перегляду політичних і фахових уявлень про профілактичні заходи, до подальшої демократизації політики охорони громадського здоров'я? 

Джерела

1. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: Зведений звіт. Варіант «0». – К., 2008.
2. Національний звіт із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом за січень 2006 р.– грудень 2007 р. – К., 2008.
3. Риторика та ризик. Порушення прав людини перешкоджає боротьбі України з ВІЛ/СНІДом // Звіт організації «Нагляд за правами людини». – <http://www.hrw.org/ukrainian/docs/2006/03/02/ukrain12735.htm>
4. Рудий В. Політика та законодавство України у сфері боротьби з туберкульозом: сучасний стан та шляхи вдосконалення // Проект «Зупинимо туберкульоз». – <http://www.stoptb.in.ua/uk/resources/show/3>
5. Савельєва І. Если Вы пишете о СПИДе... Журналистам о СПИДе. – М.: Рубикон. – 1999.
6. Семигіна Т. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: роль міжнародної допомоги: за матеріалами дослідження глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні. – К.: Агентство Україна, 2009.
7. Соціально-психологічна реабілітація у рамках програми замісної підтримуючої терапії / За ред. С. В. Дворяка. – К., 2005.
8. Фіщенко Ю. І., Мельник В. М., Новожилова І. О., Лірник С. В. Смертність хворих на туберкульоз: її структура, динаміка і особливості в період епідемії/ Актуальні питання фтизіатрії. – 2009. – № 3. – С. 3–9.
9. Щербина В. ВІЛ/СНІД і молодь: знання та поведінка // Соціальна політика та соціальна робота. – 2008. – № 1. – С. 27–36.
10. Leichter H. A. Comparative approach to policy analysis: health care policy in four nations. – Cambridge: Cambridge University Press, 1979.
11. Roberts M. J. et al. Getting Health Reforms Right: A Guide to Improving Performance and Equity. – Oxford: Oxford University Press, 2004.
12. Semyghina T. V., Kabachenko N. V. Information Regarding Drug Use with Respect to AIDS Prevention // Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки. – 2001. – Т. 19. – Р. 76–79.
13. Werf M. J. van der, Chechulin Y., Yegorova O. B. et al. Health Care Seeking Behaviour for Tuberculosis Symptoms in Kiev City, Ukraine // International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2006. – Vol. 10. – №. 4. – P. 390–395.