

**Міністерство освіти і науки України  
Вищий навчальний заклад  
«Відкритий міжнародний університет розвитку людини  
«Україна»  
Хмельницький інститут соціальних технологій**

**Ковтун О. С.,  
Баранова С. С.**

**СОЦІОЛОГІЯ ЗДОРОВ'Я:  
ПРОБЛЕМИ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ**

*Навчально-методичний посібник*

Київ  
Університет «Україна»  
2020

УДК 37.013.42:364.048.6

ББК 74.60

К83

*Рекомендовано до друку Вченою радою  
Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»  
(протокол №1 від 11 вересня 2020 року)*

**Рецензенти:**

**Туленков М. В.** – доктор соціологічних наук, професор кафедри галузевої соціології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, професор

**Олійник В. В.** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри психології Хмельницького інституту імені Блаженнішого Володимира, Митрополита Київського і всієї України ПрАТ «ВНЗ Міжрегіональна Академія управління персоналом», доцент

**К83** **Ковтун О. С., Баранова С. С.** соціологія здоров'я: проблеми теорії та практики : навчально-методичний посібник / О. С. Ковтун, С. С. Баранова. К. : Університет «Україна», 2020. – 165 с.

**ISBN 978-966-617-287-0**

Навчальний посібник присвячено актуальним питанням соціології здоров'я: її концептуальним та предметним рамкам, організації соціологічних досліджень в області здоров'я. Висвітлено соціальний смисл та соціальні детермінанти здоров'я. На прикладі пандемії COVID-19 здійснено соціологічну рефлексію пандемії та епідемії як соціальних явищ.

Посібник адресується викладачам закладів передвищої та вищої освіти, науковцям, студентам, а також усім, хто цікавиться соціальними аспектами здоров'я.

**УДК 37.013.42:364.048.6**

**ББК 74.60**

**ISBN 978-966-617-287-0**

© Ковтун О. С., Баранова С. С., 2020

© ХІСТ Університету «Україна», 2020

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ I. СОЦІОЛОГІЯ ЗДОРОВ'Я ЯК ГАЛУЗЬ СОЦІОЛОГІЧНОГО ЗНАННЯ</b>	
1.1. Інституціоналізація та предметне поле соціології здоров'я.....	4
1.2. Здоров'я як соціологічна категорія та суспільне благо .....	19
1.3. Соціологічна теорія здоров'я .....	30
1.4. Соціальні детермінанти здоров'я.....	43
1.5. Соціологічні дослідження в області здоров'я....	59
<b>РОЗДІЛ II. ПАНДЕМІЯ ТА ЕПІДЕМІЯ В ДЗЕРКАЛІ СОЦІОЛОГІЇ</b>	
2.1. Пандемія та епідемія як соціальні явища .....	76
2.2. Національні стратегії протиепідемічної боротьби.....	92
2.3. Особливості комунікації в умовах пандемії.....	107
2.4. Карантин як специфічний режим життєдіяльності.....	116
2.5. Пандемія і соціальні зміни.....	130
<b>ГЛОСАРІЙ</b> .....	146
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	150

## ПЕРЕДМОВА

Новітні виклики, з якими зіткнулося людство і наша країна, яскраво продемонстрували цінність здоров'я і його важливість для стійкого соціально-економічного розвитку. У результаті актуалізувались ті соціальні проблеми, пов'язані із здоров'ям, які є традиційними об'єктами вивчення соціології. До них належать, перш за все, питання соціальних детермінант здоров'я, впливу соціальних нерівностей на стан здоров'я, видове розмаїття здоров'я, а також питання розвитку соціологічної теорії здоров'я. Звичайно, для соціології цей список не є вичерпним. Але саме цим проблемам присвячено перший розділ книги.

Другий розділ нашого дослідження присвячений соціологічним вимірам пандемії та епідемії. І хоча пандемія COVID-19 не стала першою в історії людства, все ж вона створила передумови для радикальних змін у більшості сфер життєдіяльності суспільства. Динаміка і складна передбачуваність поширення вірусу вплинула і на продукування соціологічних знань. Але у цьому контексті варто відзначити дві тенденції: з одного боку, фахівці соціологи оперативно відреагували на кризу. Це стосується не лише систематичних обстежень громадської думки, але й чисельних спроб осмислення соціальних передумов пандемії та її наслідків для майбутнього. З іншого боку, стало очевидним відставання у продукуванні академічних соціологічних текстів, присвячених «коронакризі». В Україні попри те, що дослідницькі центри оперативно відстежують стан громадської думки стосовно пандемії, академічні наукові статті залишаються нечисленними. Це пов'язано із тим, що велика кількість соціологічних інтуїцій фіксується в інтерв'ю, блогах, на просвітницьких онлайн-порталах, текстах, розміщених в не академічних виданнях. Таким чином, другий розділ книги є спробою узагальнення і цих інтуїцій, і наявних академічних робіт, а також виокремлення ключових соціологічних питань, пов'язаних із пандемією та епідемією як соціальними явищами.

# РОЗДІЛ I

## СОЦІОЛОГІЯ ЗДОРОВ'Я ЯК ГАЛУЗЬ СОЦІОЛОГІЧНОГО ЗНАННЯ

### **§1.1. Інституціоналізація та предметне поле соціології здоров'я**

Необхідною умовою прогресивного розвитку сучасного суспільства є його людський потенціал. Реалізація найвищої цінності соціальної держави – людини – передбачає задоволення усього комплексу її потреб та інтересів. Підвищення рівня та якості життя людини вимагає забезпечення максимально широкого доступу до ключових суспільних благ: якісної освіти, дозвілля, зайнятості, правової та екологічної безпеки. Але ключовим ресурсом індивідуального та суспільного життя, а також однією із базових цінностей є здоров'я в усьому його видовому розмаїтті.

Саме забезпечення можливостей для підтримки та зміцнення здоров'я, інтеграції у суспільство людей із його вадами є важливими умовами суспільного прогресу та виконання державою своїх зобов'язань щодо людини. Для цього необхідними є комплексна, продумана політика, орієнтована на збереження та зміцнення індивідуального і суспільного здоров'я, а також інклюзію людей з особливими потребами. Але можливою така політика може бути лише в умовах розвитку наукових знань про здоров'я.

Питаннями здоров'я займаються багато наук: біологія, медицина, гігієна. Для соціології здоров'я представляє собою складний об'єкт дослідження. Соціологію цікавить і медицина як соціальний інститут, і ціннісний вимір здоров'я, поведінкові патерни, що обумовлюють здоров'я, вплив соціальних нерівностей на здоров'я та нерівності відносно здоров'я, проблеми системи охорони здоров'я, пандемії та епідемії як соціальні явища, вироблення соціальних прогнозів зміни суспільного здоров'я та інші питання. Саме у цій комплексності полягає важливість соціологічного осмислення здоров'я. У теоретичному аспекті соціологія здоров'я претендує на інтеграцію соціологічного знання про здоров'я та медицину.

Необхідність та актуальність соціології здоров'я також впливають із передумов її виникнення. Будь-який соціальний феномен ми можемо розглядати в контексті його необхідності для суспільства в конкретний період суспільного розвитку, тобто в контексті його функціональності або дисфункціональності. Під необхідністю ми розуміємо соціальні передумови, що виникають в результаті суспільної практики, відповідають її потребам та призводять до виникнення того чи іншого соціального явища.

Так, становлення капіталістичної економічної системи супроводжувалося стрімким розвитком технологій виробництва. У той же час, пов'язані із капіталістичним виробництвом соціальні проблеми (соціальна та економічна експлуатація, поглиблення соціальної нерівності, інтенсивна урбанізація, що призводила до масового поширення хвороб) створювали передумови для розвитку науки про здоров'я: не тільки індивідуальне, але й суспільне. Зокрема, це пов'язано із тим, що ущільнення населення в містах більш гостро поставило питання щодо епідемічної та санітарної безпеки. Але, крім цього, капіталізм змінив дискурс щодо самої людини, яка стає економічним ресурсом, адже її праця стала основною умовою становлення ринкових відносин та індустріалізації. Це у свою чергу поставило питання про збереження та відтворення робочої сили, що, звичайно, було пов'язане із здоров'ям. Так як стан здоров'я окремих індивідів та соціальних груп корелює із соціальним статусом, то виникає необхідність вивчення здоров'я не тільки у медичному аспекті, але й у соціальному. Крім цього, здоров'я включається в дискурс соціальної справедливості. Таким чином, виникає досить зрозумілий причинно-наслідковий зв'язок і з потребами суспільства та відсутністю необхідних знань про соціальну зумовленість здоров'я людей. Тому соціологія здоров'я виникає із необхідності у відповідному знанні. Сьогодні, такі фактори, як кліматична криза, несприятливі санітарні умови в багатьох країнах, обмеження національних систем охорони здоров'я, які стали очевидними в умовах пандемії COVID-19, сприяють підвищенню актуальності соціології здоров'я, як системи знань

про позамедичні фактори здоров'я, а також про здоров'я як продукт соціальних відносин.

Пов'язаність суспільної практики із соціологічним осмисленням здоров'я розкривається в процесі *інституціоналізації соціології здоров'я*. Соціологія здоров'я як самостійна галузь соціології є досить молодою і активно розвиватися лише з середини ХХ ст. Але вивчення впливу соціальних факторів на здоров'я людини та суспільства, а також і на розвиток системи охорони здоров'я має більш давню історію.

Так у ХVІІ ст. англійський лікар Вільям Петті (1623-1687 рр.) в своїх роботах «Трактат про податки і збори» та «Політична арифметика» вперше застосував аналіз чисельності лікарів, кількості і стану лікарень і притулків, впливу епідемій на чисельність населення, залежність захворюваності та смертності від професії та ін. Петті вводить в науковий обіг термін «демографічна статистика». У цьому ж руслі працював англійський учений Джон Граунт (1620-1674 рр.), який вважається першим експертом в області епідеміології.

Згодом держава стала більше приділяти уваги охороні громадського здоров'я. Важливе значення в цьому контексті мали роботи німецького вченого Вольфганга Томаса Рау (1721-1772 рр.), який вказував на важливість спостереження за здоров'ям населення, а також нагляду за шпиталями і аптеками, попередження епідемій. Для цього він використав термін «медична поліція». Згодом ці ідеї були активно підтримані австрійським теоретиком охорони здоров'я Йоганном Петером Франком (1745-1821 рр.), який обґрунтував необхідність проведення систематичних загальнодержавних заходів з охорони громадського здоров'я. Крім цього Франк зрозумів і економічну важливість збереження громадського здоров'я, вважаючи його запорукою розвитку національної економіки.

У ХІХ ст. в Європі стала розвивалася концепція соціальної медицини. Її прихильник французький хірург Жюль Герен (1801-1886 рр.) вважав, що соціальна медицина повинна була вивчати зв'язок фізичного і психічного стану населення і законодавства, а також інших соціальних інститутів, встановлення залежності між соціальними факторами,

здоров'ям і захворюваністю, а також виробляти заходи по зміцненню здоров'я і профілактики захворювань. Таким чином утверджується розуміння залежності між здоров'ям та соціальними факторами, а також усвідомлюється необхідність підтримки та розвитку системи охорони здоров'я, зокрема, для стримування епідемій.

На початку ХХ ст. було накопичено багато теоретичних та практичних напрацювань, що знайшло вираження в «Есе про медичну соціологію» (1902 р.) Елізабет Блеквелл, а також роботі «Медична соціологія» (1910 р.). Поступово в ході предметного самовизначення соціологія здоров'я встановлювала все більш чіткі концептуальні рамки між соціологією медицини та іншими дисциплінами, що вивчали проблеми впливу соціального на здоров'я.

Загалом, у розвитку соціології здоров'я як правило виділяють п'ять основних **етапів**:

**I етап** (до початку ХХ ст.) – зародження соціології здоров'я. На цьому етапі осмислюються лише окремі соціологічні проблеми здоров'я, при цьому спеціальні дослідження ще відсутні.

**II етап** (1920-40-і рр.) – формування соціології здоров'я. В цей період інтенсифікуються прикладні дослідження, розробляється та вдосконалюється інструментарій для їх проведення. Формується та апробується понятійно-категоріальний апарат соціології здоров'я.

**III етап** (1950-60-і рр.) – період становлення. На цьому етапі відбувається формування предметного поля соціології здоров'я, чому сприяє інтеграція досліджень в галузі соціальної гігієни в структуру соціологічного знання.

**IV етап** (1970-80-і рр.) – розвиток соціології здоров'я. Цей етап характеризується уточненням об'єкту та предмету соціології здоров'я. Крім цього, зміщується дослідницький фокус з медицини як соціального інституту до соціальних факторів здоров'я та системи охорони здоров'я.

**V етап** – сучасний розвиток соціології здоров'я. Відбувається розширення предметної області, через включення в неї питань, що стосуються просування здоров'я, превентивної поведінки та комунікативних аспектів здоров'я.



Маркерами оформлення соціології здоров'я за кордоном в окрему дисципліну російські авторки Н. Лебедева-Несевря, С. Гордеева називають наступні факти:

1. У рамках Міжнародної соціологічної асоціації (International Sociological Association – ISA) був заснований у 1959 році Дослідницький комітет з соціології здоров'я (Research Committee on Sociology of Health), який підтримує проведення соціологічних досліджень з проблем здоров'я і хвороби, самозбережної поведінки і соціальної політики в сфері охорони здоров'я. Комітет активно співпрацює з такими дослідницькими підрозділами Асоціації як комітети по соціології віку (Research Committee on Sociology of Aging), клінічної соціології (Research Committee on Clinical Sociology), психічному здоров'ю і хвороб (Research Committee on Mental Health and Illness).

2. У рамках Європейської соціологічної асоціації (European Sociological Association – ESA) заснована та функціонує дослідницька мережа «Соціологія здоров'я і хвороби» (The ESA Research Network on Sociology of Health and Illness). В цій мережі об'єднано вчених-соціологів, що займаються проблемами впливу соціокультурних та політичних факторів на здоров'я населення, а також вивчають особливості функціонування систем охорони здоров'я, взаємозв'язок міграції та здоров'я, гендеру та здоров'я, біоетики та ін.

3. На XVII Всесвітньої соціологічному конгресі, що проводився Міжнародною соціологічною асоціацією у 2010 року в Швеції, функціонувало 19 секцій, які обговорювали соціальні аспекти здоров'я і хвороби.

4. На початку 1980-х рр. було засновано Європейське товариство фахівців в галузі соціології здоров'я та медичної соціології (European Society for Health and Medical Sociology - ESHMS). З 1986 р. Товариство раз в два роки організовує конференції (конгреси), зокрема в серпні 2010 р в Бельгії. Темою конгресу 2010 р. було «Здоров'я і благополуччя в радикально мінливих суспільствах» («Health and Well-being in Radically Changing Societies»). На конгресі функціонувало 35 секцій – «Нерівність щодо здоров'я» («Inequalities in health»), «Сексуальна поведінка і здоров'я» («Sexual behaviour and health»), «Підлітки і здоров'я» («Adolescents and health»),

«Життя з хронічними захворюваннями» («Living with chronic diseases») та ін.

5. За кордоном видається значна кількість журналів, тематика яких охоплює широке коло проблем соціології здоров'я. Так, в США з 1967 р. під егідою Американської соціологічної асоціації видається «Журнал про соціальну поведінку і поведінку в сфері здоров'я» («Journal of Health and Social Behavior»). Британське видавництво Palgrave Macmillan спільно з ESHMS видає журнал «Соціальна теорія і здоров'я» («Social Theory and Health»). У Великобританії за підтримки Фонду соціології здоров'я і хвороби («Foundation for the Sociology of Health and Illness») виходить журнал «Соціологія здоров'я і хвороби» («Sociology of Health and Illness»), який публікує статті з усіх аспектів здоров'я, хвороби, медицини і охорони здоров'я.

6. Соціологія здоров'я як самостійна навчальна дисципліна на сьогоднішній день закріпилася в системі вищої та післявузівської освіти за кордоном в повній мірі. Так, курс «Соціологія здоров'я і хвороби» викладається на більшості соціологічних факультетів, а в провідних світових вузах функціонують програми післявузівської освіти за даним напрямом.

Відбувається інституціоналізація соціології здоров'я і в Україні. Зокрема, «Соціологія медицини та охорони здоров'я» викладається на факультеті соціології Київського національного університету ім. Тараса Шевченка «Соціологія та медична соціологія» викладається у Львівському національному медичному університеті ім. Данила Галицького, «Здоров'я та благополуччя в сучасних соціальних теоріях» викладається у Хмельницькому інституті соціальних технологій Університету «Україна».

Важливим для інституціоналізації соціології здоров'я є визначення її *об'єкту, предмету та функцій*, що є актуальним та складним завданням, адже дозволяє встановити концептуальні рамки дисципліни та визначити коло проблем, що потрапляють до області її вивчення. Складність його виконання впливає: по-перше, із міждисциплінарного характеру соціологічного вивчення здоров'я; по-друге, із недостатньо чіткого

розмежування самих «соціологій» тобто окремих соціологічних дисциплін та теорій, що вивчають різні аспекти взаємовідношення соціального і біологічного. Свого часу ще П. Сорокін виокремлював в структурі соціологічного знання *біосоціологію*, яка включала в себе біоорганіцистський, дарвіністський, демографічний, психологічний та інші напрями. Дослідження, що відбувались в межах цих підходів сам Сорокін оцінював досить високо, вказуючи на те, що вони дали змогу зрозуміти багато явищ, пов'язаних із взаємовпливом соціокультурного та біологічного. Крім цього, є також соціологія медицини, предметна область якої також перетинається із соціологією здоров'я і є соціологічною дисципліною, що, на наш погляд, вивчає медицину як соціальний інститут, його структуру та функції, соціальні процеси, що відбуваються в ньому та взаємодію із іншими соціальними інститутами. Таким чином, предметна область соціології медицини обмежується власне медициною як соціальним інститутом, тоді як проблематика соціології здоров'я включає вивчення й аксіологічного аспекту здоров'я, його залежність від соціальної структури, а система охорони здоров'я розглядається як один із соціальних ресурсів, за допомогою якого індивід та соціальні групи підтримують своє здоров'я.

Таким чином, коли ми говоримо про об'єкт науки (зокрема, соціології), то розуміємо під цим частину реальності, яку вивчає ця наука в своїх межах. Об'єктом соціології є суспільство як соціальна система, що складається із різних соціальних утворень (соціальних інститутів, соціальних груп, індивідів, організацій), механізмів і закономірностей їх розвитку та взаємозв'язків, що виникають між ними.

Спроб виокремити в об'єкті соціології проблематику здоров'я є досить багато. Наприклад, об'єкт соціології здоров'я інколи розуміють як вплив соціального життя на захворюваність і смертність. Або як «множинність реальних проявів буття індивіда та колективів людей, що забезпечує підтримку та відтворення їх здоров'я» [33, с. 189]. Але, на нашу думку, перше визначення є суттєвим спрощенням, а друге занадто абстрактним, що не дозволяє конкретизувати соціологічний

фокус. Таким чином, *об'єктом* соціології здоров'я є здоров'я як складова соціального буття індивіда, що формується та відтворюється під впливом усього комплексу соціальних факторів здоров'я – його детермінант. Отже, структурно об'єкт соціології здоров'я включає в себе такі складові, як індивідуальне здоров'я, здоров'я соціальної групи та суспільства, соціальний інститут охорони здоров'я, комунікацію стосовно здоров'я, а також правове регулювання відносин стосовно здоров'я.

Предмет науки у вузькому значенні означає конкретизацію її об'єкта, його логічне описання, виділення специфічних його рис. Предметом соціології є у першу чергу соціальні відносини, що виникають між людьми в різних сферах їх життєдіяльності, а також соціальні дії, явища, закономірності їх розвитку, зв'язки, механізми і процеси, що мають місце в суспільстві.

Так як здоров'я – це соціальний феномен, зрозуміти і визначити який неможливо у відриві від конкретного соціального середовища, у якому живе людина, у відриві від її соціального статусу, проявів різних сфер її життєдіяльності, поза зв'язком з цілями і призначенням людини, то *предметом соціології здоров'я* є соціальні відносини, що виникають навколо здоров'я, а також закономірності та соціальні детермінанти його формування, підтримки та відтворення, цінності що визначають поведінку індивіда, групи та суспільства відносно здоров'я. Таким чином, на відміну від соціології медицини, соціологія здоров'я вивчає весь комплекс соціальних аспектів здоров'я, не концентруючись лише на конкретному соціальному інституті.

Для того, щоб конкретизувати предметну область соціології здоров'я та відмежувати її від інших наук, що вивчаються здоров'я необхідно розглянути місце соціології здоров'я *в системі соціального знання*. Здоров'я є складним феноменом, який біологічний, медичний, соціальний, психологічний аспект. Це змушує розглядати здоров'я в усій повноті його проявів, що у свою чергу виводить дослідника на рівень міждисциплінарності. Ця міждисциплінарність яскраво виражена у взаємозв'язках, які виникають між соціологією здоров'я та іншими спеціальними та галузевими соціологіями.

Саме через те, що соціологія здоров'я вивчає увесь комплекс соціальних аспектів здоров'я, вона є галуззю соціологічного знання (соціологія медицини, наприклад, є спеціальною соціологічною теорією, вивчаючи медицину, як один із соціальних аспектів здоров'я) і як будь-яка інша теорія середнього рівня у першу чергу пов'язана із загальною соціологічною теорією, яка є джерелом ключових соціологічних понять і категорій, теоретико-методологічних підходів, а з іншого спирається на матеріал емпіричних досліджень в області здоров'я. На рівні соціологічних теорій середнього рівня, соціологія здоров'я пов'язана із соціологією праці, соціологією економіки, соціологією дозвілля, соціологією сім'ї, гендерною соціологією, теорією соціальної стратифікації.

Розглянемо ці зв'язки детальніше.

Для соціології здоров'я і соціології праці спільними загальні питання стану та охорони здоров'я працюючих. Також варто говорити і про такі більш специфічні питання як безпека праці, політика держави та організацій в області збереження і зміцнення здоров'я працівників, впливу професії, умов на робочому місці, способу життя, що зумовлений професією на здоров'я індивіда та соціально-професійних груп. До центральних питань, що виникають на перетині соціології здоров'я та соціології праці належить і питання професійного здоров'я.

Для соціології здоров'я та соціології економіки важливими є питання відтворення та розвитку людських ресурсів, здатності людини повноцінно брати участь в економічних відносинах. Здоров'я виступає тут ключовою умовою існування економіки. При цьому, економічний вплив здоров'я має не лише в контексті створення благ, але й їх споживання. Зниження активності споживача як суб'єкта економічних відносин відображається на загальному стані економіки, що продемонструвала пандемія COVID-19.

Спільною для соціології здоров'я та соціології дозвілля є *відновлення нормального стану людини*. Таким чином, вивчення фізичної рекреації у сфері дозвілля, стратегії і можливості реалізації оздоровчого дозвілля, особливості рекреаційної діяльності різних соціальних груп, дослідження практик

несприятливого до фізичного та психічного здоров'я дозволяла різних вікових та статусних груп.

Здоров'я індивіда, а також ставлення до нього формуються у першу чергу в сім'ї. Таким чином, соціологія здоров'я у питаннях ролі сім'ї у формуванні здоров'я, зокрема, через виховання перетинаються із соціологією сім'ї.

Здоров'я і охорона здоров'я має і гендерний вимір. Особливо це стосується питань репродуктивного, сексуального, психічного здоров'я чоловіків і жінок. До сфери спільних для соціології здоров'я та гендерної соціології є також питання гендерної рівності в охороні здоров'я, показниках захворюваності, смертності та тривалості життя чоловіків і жінок.

Одним із найбільш впливових соціальних факторів здоров'я є положення індивіда чи соціальної групи в соціальній ієрархії. Соціальна нерівність спричиняє до нерівного доступу до ключових соціальних благ, до яких належить і здоров'я. Таким чином, соціологія здоров'я та теорія соціальної стратифікації спільними мають питання соціальної нерівності в сфері охорони здоров'я та культурних патернів стосовно ставлення до здоров'я, що відрізняються в залежності від соціального статусу індивіда та групи.

Говорячи про державну політику в сфері охорони здоров'я, наприклад, в умовах епідемії, соціологія здоров'я перетинається із соціологією управління.

На рівні окремих організацій, здоров'я так чи інакше, стає одним із питань соціології організацій.

Діяльність соціальних інститутів в сфері охорони здоров'я та, загалом, відносини між людьми, що виникають з приводу здоров'я відбуваються в просторі комунікації. Інформація, що стосується здоров'я, причин смертності, поширеності захворювань, державної політики в області охорони здоров'я, пропаганди здорового способу життя або, навпаки, поширення інформації, що загрожує психічному здоров'ю (непропорційно велика доля негативної інформації в ЗМІ) або сприяє поширенню дисфункціональних патернів поведінки відносно здоров'я (пропаганда куріння, вживання алкоголю в рекламі, неправдива інформація стосовно

загрозливості тих чи інших хвороб або способів їх лікування) є складовою системи соціальної комунікації, де основними суб'єктами виступають такі інституції, як держава, громадянське суспільство, бізнес, представники наукового та експертного середовища. Таким чином, здоров'я має і комунікативний вимір, що зближує соціологію здоров'я та соціологію комунікацій.

Здоров'я є екзистенціальною та соціальною цінністю та займає свою позицію в ієрархії цінностей людини. Таким чином, у фокус соціологічного вивчення цінностей потрапляє і здоров'я, що актуалізує для соціології здоров'я соціологічну теорію цінностей.

Звичайно, що найбільш розгалужені та тісні зв'язки соціологія здоров'я має із соціологією медицини та соціологією охорони здоров'я, відносно яких соціологія здоров'я є більш загальною. Це випливає з того, що соціологію здоров'я цікавить уся повнота соціальних аспектів здоров'я. При цьому, здоров'язбережна діяльність відбувається не тільки в межах соціального інституту медицини. Її суб'єктами виступає сім'я, релігійні та господарські організації, освіта. До питань, що цікавлять соціологію в медицині, як соціальному інституті належать:

- 1) цінності медицини (цілі, принципи, кодекси), їх узгодженість з цінностями суспільства;
- 2) структура і функції медицини;
- 3) символи медицини; статуси і ролі (лікарі, пацієнти, держава і ін.) і регулювання відносин між ними;
- 4) система професійної стратифікації: визнання статусу медичних спеціальностей і професій в системі професійної стратифікації суспільства;
- 5) дослідження організації внутрішньо професійних нерівностей;
- 6) система професійної освіти і професійного відбору.

А до основних вимірів соціології охорони здоров'я відносяться такі:

- 1) збереження здоров'я і медичного обслуговування;
- 2) доступність сприятливих для здоров'я форм життєдіяльності і медичної допомоги;

3) цивільні права і гарантії на отримання медичної допомоги та проживання в безпечному для здоров'я середовищі існування;

4) можливість вибору медичних послуг і сприятливих для здоров'я способів поведінки і форм життєдіяльності;

5) можливість розвитку ресурсу здоров'я як складової життєвого ресурсу: в сфері освіти, фізичної культури, права, медичного обслуговування і т. д. відповідно до соціального статусу і стану здоров'я;

6) способи регулювання, соціального контролю охорони здоров'я та медичного обслуговування з боку громадянського суспільства, держави та особистості;

7) ступінь відповідальності соціальних суб'єктів за збереження здоров'я;

8) соціальна нерівність (умов і можливостей) в охороні здоров'я та медичного обслуговування;

9) соціальні інтереси, потреби, очікування, мотиви і стимули соціальних суб'єктів (індивідів і груп) у сфері охорони здоров'я.

Отже, здоров'я стосується великий комплекс соціальних аспектів (економічних, ціннісних, комунікативних, управлінських та ін.), які ускладнюють та проблематизують соціологічне вивчення здоров'я. Дана обставина і змушує соціологію здоров'я виходити на рівень міждисциплінарності та розширювати зв'язки із іншими соціологічними теоріями середнього рівня. Варто також відзначити, що соціологія здоров'я пов'язана і з іншими науками про здоров'я: медициною, гігієною, біологією, епідеміологією.

Роль, місце і призначення соціології здоров'я у суспільному житті реалізується через її основні *функції*. Відповідно, знання функцій соціології здоров'я дозволяє зрозуміти її актуальність та необхідність для сучасного суспільства. Загалом, функціями соціології є такі: описова, пізнавальна, практична, теоретична, інформаційна, прогностична, управлінська, гуманістична й ідеологічна. Відповідно до цих функцій можемо визначити функції соціології здоров'я.



*Описова функція соціології* здоров'я. Через реалізацію цієї функції відбувається систематизація, опис, нагромадження знання про стан здоров'я суспільства в цілому та окремих соціальних груп, а також про чинники його формування, збереження та підвищення. Результатом реалізації цієї функції виступають результати соціологічних досліджень, викладених у наукових текстах: статтях, аналітичних розвідках, звітах, книгах, презентаціях тощо.

*Пізнавальна.* Ця функція пов'язана з вивченням соціальних детермінант здоров'я, актуального стану та тенденцій зміни суспільного здоров'я та здоров'я різних соціальних груп. Для реалізації цієї функції особливу роль відіграє соціологічна теорія, що лежить в основі соціологічних досліджень здоров'я, соціальних закономірностей його формування та відтворення, а також дає науково обґрунтовані відповіді на актуальні питання збереження здоров'я у сучасному суспільстві.

*Практична (прикладна) функція* реалізується через застосування соціологічних знань у розробці практичних рекомендацій щодо управління соціальними процесами в сфері охорони здоров'я. У практичній функції соціології здоров'я відображається єдність теорії і практики.

*Теоретична функція* відіграє важливу роль для розвитку соціологічного знання про здоров'я. Вона полягає у поясненні, поповненні та збагаченні уже існуючого знання, в розробці понятійно-категоріального апарату соціології здоров'я та методів соціологічного дослідження здоров'я.

*Інформаційна функція* полягає у фіксації та систематизації соціологічної інформації про здоров'я, яка є результатом проведення досліджень. Важливість соціологічної інформації полягає в її точності, оперативності отримання та використання як науковцями, так і представниками громадянського суспільства, ЗМІ та керівниками державних установ для ефективного управління процесами в сфері охорони здоров'я.

*Прогностична функція* є однією із найбільш важливих функцій науки. Вона дозволяє розуміти майбутні стани об'єкта, враховуючи його актуальне становище. Прогностична функція

соціології здоров'я, таким чином, полягає у підготовці короткострокових, середньострокових та довгострокових соціальних прогнозів в області здоров'я. Короткостроковий та середньостроковий прогноз спирається на актуальні тенденції, які екстраполюються в майбутнє. Але в умовах невизначеного і динамічного сучасного суспільства, довгострокове прогнозування досить проблематичне. Тому, зазвичай використовуються короткострокові та середньострокові прогнози.

*Управлінська функція* соціології здоров'я полягає перш за все у використанні знань для розробки і створення ефективних моделей управління системою охорони здоров'я і формування здоров'язбережної поведінки.

*Гуманістична функція* соціології реалізується через розробку цілей розвитку системи охорони здоров'я, формуванні соціальних ідеалів і цінностей здоров'я та здорового способу життя, збереження і розвитку людських ресурсів суспільства.

*Ідеологічна функція* пов'язана із участю соціології здоров'я в духовному житті суспільства, виробленні перспектив розвитку його здоров'я, поширенні наукової ідеології серед населення, соціологічних знань про здоров'я та медицину, а також із підготовкою професіоналів для системи управління системою охорони здоров'я.

*Резюме.* Інституціоналізація соціології здоров'я має відносно невелику історію. На початкових етапах її становлення відбувається виокремлення соціальних факторів здоров'я іншими науками. З другої половини ХХ ст. відбувається оформлення соціології здоров'я як окремої самостійної соціологічної теорії, що відображається у визначенні її об'єкта та предмета.

Об'єктом соціології здоров'я є здоров'я як складова соціального буття індивіда, що формується та відтворюється під впливом усього комплексу соціальних факторів здоров'я – його детермінант, а її предметом соціальні відносини, що виникають навколо здоров'я, закономірності і соціальні детермінанти його формування, підтримки та відтворення, а також цінності, що

визначають поведінку індивіда, групи та суспільства відносно здоров'я.

Соціологія здоров'я пов'язана із іншими соціологічними теоріями середнього рівня. У першу чергу із соціологією праці, соціологією економіки, соціологією дозвілля, соціологією сім'ї, гендерною соціологією, теорією соціальної стратифікації, соціологією комунікацій, соціологічною теорією цінностей. Найбільш тісні зв'язки із соціологією медицини та соціологією охорони здоров'я. Також соціологія здоров'я перетинається із медициною, гігієною, біологією, епідеміологією.

Роль соціології здоров'я, її призначення та актуальність для сучасного суспільства розкриваються через її функції: описову, пізнавальну, практичну, теоретичну, інформаційну, прогностичну, управлінську, гуманістичну й ідеологічну.

*Питання для самоконтролю:*

1. Дайте визначення об'єкту та предмету соціології здоров'я.
2. Охарактеризуйте місце соціології здоров'я в системі соціологічного знання.
3. Назвіть етапи розвитку соціології здоров'я.
4. Опишіть функції соціології здоров'я.

## §1.2. Здоров'я як соціологічна категорія та суспільне благо

Аналіз *здоров'я* як соціологічної категорії починається із визначення відповідного концепту. Це обумовлено необхідністю зафіксувати предметні рамки соціології. Одразу варто зауважити: так як *здоров'я* є складним та багаторівневим явищем, то і завдання його визначення не представляється легким. Тим не менш, відправним пунктом для багатьох соціологів, що вивчають здоров'я є визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я: здоров'я є станом повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб та фізичних дефектів.

Але крім такого, надзвичайно абстрактного розуміння, здоров'я розуміється в межах багатьох підходів (крім, власне, соціологічного), які конкретизують проблематику здоров'я в різних галузях наукового знання. Зокрема, таких:

- медичний підхід використовує визначення, що містять медичні ознаки і характеристики: здоров'я як відсутність хвороб і їх симптомів;

- біомедичний концентрується на відсутності суб'єктивних відчуттів нездоров'я і органічних порушень.

Як явище соціальне, здоров'я розглядається в межах таких підходів:

- соціобіологічний підхід розглядає єдність медичних та соціальних ознак, акцентуючись на останніх;

- соціально-аксіологічний підхід, в межах якого розглядається вплив соціальних факторів на формування здоров'я, а також здоров'я в якості індивідуальної та суспільної цінності;

здоров'я як соціологічна категорія розкривається в багатоманітності тих соціальних аспектів, в яких має вияв відповідне явище. До них відносяться, наприклад, такі, як:

- фактори ризику для здоров'я;

- образ життя і його вплив на здоров'я;

- залежність здоров'я від соціальної позиції індивіда та соціальної групи;

- засвоєння поведінкових патернів відносно здоров'я в процесі соціалізації;

- стану ціннісного середовища.

Соціологія при вивченні здоров'я повинна враховувати усі підходи та аспекти, адже без цього неможлива повнота розуміння цього явища в системі соціальних відносин.

Аналіз здоров'я як соціологічної категорії передбачає виділення видового розмаїття цього феномену. Найбільш загальним є розрізнення здоров'я на індивідуальне та суспільне. Індивідуальне здоров'я стосується окремої людини, включає усі його прояви: психічне, фізичне та ін. На рівні індивідуального здоров'я виділяють такі його складники: фізична витривалість, емоційна стійкість, працездатність, адаптивність, креативність, моральність, цілеспрямованість. Щодо суспільного здоров'я, то ми його розуміємо як загальні показники поширення хвороб, тривалості життя, доступності медичних послуг, а також самооцінка здоров'я, що вимірюється в межах соціологічних моніторингів.

Цим воно відрізняється від соціального здоров'я. *Соціальне здоров'я* – це система цінностей, установок та мотивів поведінки відносно здоров'я різних соціальних груп. Тобто, суспільне здоров'я оцінюється завдяки статистичним трендам та відноситься до суспільства, як цілісності. Тоді як поняття соціального здоров'я відображає різницю у ставленні до здоров'я, поведінкових патернів відносно здоров'я, місця здоров'я в ієрархії цінностей різних соціальних груп. Суспільне здоров'я характеризує спільний стан, соціальне – характеризує його групові відмінності. Таким чином, ці два поняття не можна використовувати як синоніми.

Соціальне здоров'я складний та багатогранний феномен, тому його розуміння провокує виникнення багатьох теоретичних підходів: в межах соціологічного підходу соціальне здоров'я розуміється як характеристика суспільної системи, яка описує життєздатність суспільства як цілісності. Цей підхід бере початок в традиції соціологічного органіцизму, де суспільство розуміється як організм, його ефективне функціонування уподібнюється здоров'ю, а прояви дисфункціональності порівнюються із станом хвороби. Часто в такому контексті

показником здоров'я суспільства виступають можливості та умови, які дозволяють людині реалізувати свої біологічні і соціальні функції, а також задовольнити відповідні потреби. Соціальне здоров'я визначається як набір необхідних умов соціального середовища, які попереджають виникнення станів соціальної дезадаптації з одного боку, а з іншого забезпечують можливість для гармонійного розвитку особистості та суспільства. Тобто, коли соціальне середовище не є сприятливим для формування, збереження та відтворення психічного і фізичного здоров'я – це призводить до порушень в системі суспільних відносин, які негативно впливають на функціонування тих чи інших елементів суспільства. Наслідком цього стають «соціальні хвороби», до яких відносять зростання проявів різнопланових девіацій: злочинності, алкоголізму, підвищення рівня самогубств тощо.

Відповідно до соціально-демографічного підходу соціальне здоров'я розглядається як соціальні чинники, що обумовлюють фізичне здоров'я населення. В межах соціомедичного підходу соціальне здоров'я характеризує соціальні параметри людини, а також розглядаються як об'єктивні і суб'єктивні характеристики соціального здоров'я. До об'єктивних належать: типи і чисельність соціальних контактів індивіда, до суб'єктивних – влада, яка є у розпорядженні суб'єкта, що забезпечує контроль над ситуацією; задоволеність соціальним статусом, різними сферами життєдіяльності в мікро-, мезо- і макросоціальних вимірах.

Специфічним видом здоров'я є *професійне здоров'я*. На нашу думку, цей вид здоров'я варто розглядати саме в контексті соціального. Актуальність вивчення професійного здоров'я випливає з того, що професійна діяльність висуває до здоров'я людини підвищені вимоги (фізична витривалість, рівень працездатності, стресостійкість та ін.), тому спроможність індивіда зберігати своє здоров'я (фізичне і психічне) сьогодні все частіше розглядається як необхідність для нормальної професійної діяльності. Обмеження, що виникають в процесі професійної діяльності підвищують соціальні ризики, а отже і ризики щодо здоров'я, пов'язані із можливою низхідною соціальною мобільністю (безробіття, непрацездатність,

декваліфікація, бідність). Крім цього, умови праці є вагомим фактором здоров'я людей, що здійснюють професійну діяльність. Наприклад, до професій із підвищеним ризиком для здоров'я відносяться медичні професії, професії, що пов'язані із важкою фізичною працею або працею в небезпечних санітарних та екологічних умовах, що відображається у відмінностях стану здоров'я різних професійних груп.

Збереження та відтворення професійного здоров'я розкривається також через ставлення до професійного здоров'я, що включає:

- 1) оцінку стану професійного здоров'я;
- 2) ставлення до професійного здоров'я як до однієї з життєвих цінностей;
- 3) діяльність щодо збереження професійного здоров'я, а саме формування культури професійного здоров'я.

Також виокремлюється фізичне і психічне здоров'я.

*Психічне здоров'я* (душевне здоров'я, ментальне здоров'я) за визначенням ВООЗ є станом благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати, а також вносити вклад в життя своєї спільноти.

До основних фактів щодо психічного здоров'я ВООЗ відносить наступні:

- психічне здоров'я – це не тільки відсутність психічних розладів.

- психічне здоров'я є невід'ємною частиною здоров'я;

- психічне здоров'я визначається рядом соціально-економічних, біологічних і тих, що відносяться до навколишнього середовища факторів.

- для зміцнення психічного здоров'я існують ефективні по вартості міжсекторальні стратегії і заходи.

Психічне здоров'я також має гендерний аспект. В межах гендерного підходу до охорони здоров'я було розроблено кілька моделей психічного здоров'я:

*нормативна*, що використовує подвійний стандарт психічного здоров'я (для чоловіків і для жінок);

*андроцентрична*, в якій прийнято чоловічий стандарт психічного здоров'я;

*андрогінна*, що припускає єдиний стандарт психічного здоров'я та однакове ставлення до клієнтів незалежно від статі;

*ненормативна*, заснована на тій якості, що не асоціюються виключно з чоловічими або жіночими.

Сьогодні з поміж інших видів здоров'я окремо виділяють і такий його специфічний вид як *духовне здоров'я*, яке визначається різними аспектами «духовної культури людства», яка включає такі складники як освіту, науку, мистецтво, релігію, мораль, етику. Складність використання даного концепту полягає у тому, що ним позначаються загалом ті ж феномени внутрішнього життя індивіда, що входять у зміст поняття *психічного здоров'я*. Все ж деякі автори вважають, що духовне здоров'я, як і будь-яке інше поняття, змістовно багатоаспектне. А також наполягають на тому, що розуміння сутності духовного здоров'я дозволяє забезпечити адекватне розуміння «цілісності» як фундаментальної властивості особистості та її духовного світу. А також є інтегрованою характеристикою, що має інтелектуальний, морально-етичний, емоційно-вольовий та естетичний аспекти [13].

Важливим елементом загального стану здоров'я є *здоров'я сексуальне*. Часто це поняття використовують як синонім *репродуктивного здоров'я*, яке відображає стан фізичного, розумового і соціального благополуччя за всіма пунктами, що належать до репродуктивної системи на всіх стадіях життя. Але ці концепти є відмінними і не можуть бути використані в якості синонімів. За визначенням ВООЗ сексуальне здоров'я – це стан повного соматичного, емоційного, інтелектуального і соціального благополуччя щодо сексуальності, зачіпає репродуктивні процеси, функції і системи на всіх етапах життя.

Сексуальне здоров'я передбачає і ціннісний аспект, а саме: позитивне і шанобливе ставлення до сексуальності і статевих стосунків. Крім цього до сексуального здоров'я належить і можливість безпечно вести статеве життя, що приносить задоволення. Варто також відзначити недопустимість будь-якого примусу, дискримінації чи насильства. Досягнення і



підтримання сексуального здоров'я пов'язується з реалізацією визнаних на міжнародному рівні сексуальних прав. Зворотними до стану сексуального здоров'я є сексуальні девіації – хворобливі порушення спрямованості статевого потягу чи способів його задоволення, які в багатьох випадках супроводжуються збоченнями або насильством над сексуальним партнером, дітьми чи тваринами.

Відзначимо також, що з позицій соціології варто говорити про здоров'я, як про благо, яке у стратифікованому суспільстві розподіляється нерівномірно. На формування та збереження здоров'я впливає значна кількість факторів: умови праці, доступ до медичної інфраструктури, стан ціннісної системи суспільства або соціальної групи, що визначають індивідуальні та колективні поведінкові стратегії відносно здоров'я. Сьогодні не викликає сумнів той факт, що між соціальним статусом і здоров'ям існує тісний зв'язок. Не дарма, наприклад, туберкульоз називають хворобою бідних. Поширення хвороб також залежить і від економічних нерівностей, що виникають між країнами. Зокрема, такі нерівності фіксуються в показниках тривалості життя, поширеності різних видів хвороб.

Говорячи про здоров'я як соціальне благо ми розрізняємо два його розуміння: економічне і соціологічне. В межах економічного розуміння, здоров'я має відношення у першу чергу до відтворення робочої сили. А також до здатності людини брати участь в економіці і створювати економічні блага (прибуток). Ще у кінці XIX ст. економісти, пов'язували стан суспільного здоров'я та умов життя із економічним розвитком суспільства. Увага приділялась санітарним та гігієнічним умовам життя, якості їжі, можливості відпочинку, житловим умовам, які впливають на психічне здоров'я. В економічному контексті здоров'я комерціалізується: по-перше, в тому сенсі, що воно є «енергією» економічної активності індивіда та суспільства; по-друге, надання приватних та, загалом, платних медичних послуг перетворює стан здоров'я людини в джерело прибутку – з одного боку, і у джерело соціальних нерівностей – з іншого. Отже, ключовою економічною ідеєю здоров'я є здоров'я як економічний ресурс.

На відміну від економіки, соціологія гуманізує проблему здоров'я, розглядаючи його як важливу умову якості життя людини, включаючи в аналіз такі складні категорії як *свобода, щастя, задоволеність життям, справедливість відносно здоров'я*. В соціологічному контексті здоров'я має, по-перше, аксіологічний вимір: є індивідуальною та колективною цінністю; по-друге, екзистенціальна сутність здоров'я полягає в тому, що воно є основною умовою відтворення людини як частини природи та дає можливість їй набувати та задовольняти свої вищі потреби; по-третє, здоров'я є важливим показником якості життя (до показників якості життя, пов'язаних із здоров'ям належать також тривалість життя, смертність, смертність новонароджених та дітей, поширення хвороб, причини смертності та ін.); по-четверте, залежачи від соціальних факторів є життєвим ресурсом, який у суспільстві розподіляється нерівномірно.

Розглядаючи здоров'я в такому ключі, постає проблема забезпечення соціальної справедливості відносно здоров'я. Поняття *справедливості* є складним філософським та соціологічним концептом. Крім цього і явище, що ним відображене є предметом гострих соціально-філософських суперечок. Але попри усю неоднозначність, в соціологічному смислі *справедливість* пов'язана у першу чергу з ідеєю рівності людей та загальним правом на соціальні блага і високий рівень життя. В умовах ринкової економіки, яка є джерелом соціальних нерівностей, проблема справедливості в сфері охорони здоров'я ускладнюється та актуалізується. Справедливість відносно здоров'я залежить від дії специфічних соціальних факторів або соціальних детермінант здоров'я, які визначають рівень доступності цього блага для індивіда або групи. До основних соціальних факторів, що мають значення для збереження та відтворення здоров'я належать такі, як: умови повсякденного життя; рівень задоволеності матеріальних потреб; якість середовища проживання (екологічна, санітарна, криміногенна ситуація); доступність медицини; укоріненість тих чи інших моделей поведінки відносно здоров'я в життєвій практиці спільноти; цінності, що визначають індивідуальне та колективне відношення до здоров'я.

Названі фактори так чи інакше залежні від політики відносно охорони здоров'я, розподілу ресурсів та можливостей, які і визначають доступність здоров'я для різних статусних груп. Окремо в контексті справедливого доступу до здоров'я варто відзначити доступність системи охорони здоров'я, яка є елементом соціальної інфраструктури та складається з таких рівнів:

*Національний рівень* включає Міністерство охорони здоров'я України (суб'єкт управління), заклади охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо МОЗ (об'єкт управління).

*Регіональний рівень* включає Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, а також управління охорони здоров'я при регіональних (обласних) адміністраціях (суб'єкт управління). Також на цьому рівні в систему охорони здоров'я входять державні заклади охорони здоров'я та заклади охорони здоров'я, що знаходяться у власності територіальних громад.

На *місцевому (субрегіональному) рівні* система охорони здоров'я представлена органами державної влади та місцевого самоврядування (районними державними адміністраціями, районними, міськими, районними у містах, селищними та сільськими радами) та закладами охорони здоров'я, знаходяться у підпорядкуванні цим органам на правах комунальної власності [5].

Доступність послуг цієї системи в першу чергу означає можливість підтримувати здоров'я та мати змогу повноцінно брати участь у соціальному житті. Але сама система охорони здоров'я та послуги які вона надає постає в якості ресурсу, який розподіляється нерівномірно, що є з одного боку наслідком соціальних нерівностей, а з іншого чинником, що створює передумови для нерівностей відносно здоров'я. На розподіл цього ресурсу впливає комплекс факторів, з яких ми можемо виокремити основні. Наприклад, на доступність системи охорони здоров'я впливає нерівність територій. У великому місті розвиненість інфраструктури та матеріальна забезпеченість значно краща, ніж у сільській місцевості. Географічна доступність закладів охорони здоров'я,

компетентність та професіоналізм персоналу у різних типах населених пунктів теж відрізняється. Ще одним фактором, що сприяє нерівномірному доступу до системи охорони здоров'я є процес обернений її соціалізації (осуспільненню) – приватизація медицини та її функціонування за ринковими принципами. Тобто, коли медичні послуги починають надаватися приватними особами, це диференціює людей за купівельною спроможністю. В умовах слабкої підтримки державної системи охорони здоров'я, відбувається диференціація медичних послуг за їх якістю для різних категорій населення. Таким чином виникає економічна нерівність відносно здоров'я. Показовим у цьому контексті є випадок відомого фізика Стівена Гокінга, який виступав проти приватизації медицини у Великій Британії. Адже саме державна і доступна система охорони здоров'я дозволила йому жити та вносити свій вклад у суспільство. Тоді як приватизація медицини фактично позбавляє велику кількість людей із подібними вадами здоров'я шансів на життя, принаймні, на зносне життя. Звичайно, функціонування системи охорони здоров'я за ринковими принципами сприяє підвищенню її якості, але без державних інвестицій у цю сферу, якісна медицина стає можливою лише у приватному секторі, який не є рівнодоступним за своєю природою. На цьому прикладі, ми бачимо, що економічна нерівність входить до складу соціальних характеристик індивіда, таких як належність до тієї чи іншої соціальної групи, яка може займати нерівнозначне становище відносно інших (люди з особливими потребами, етнічні меншини, мігранти, бідні).

Сутність здоров'я, як соціального блага розкривається також через його відношення до життєвих шансів людини, під якими у соціології розуміється соціально зумовлена вірогідність досягнення індивідом або групою певних цілей або зазнання невдачі. Життєві шанси – концепт веберіанської соціологічної традиції. Тому вони мають яскраво виражений економічний контекст і пов'язані із нерівномірним розподілом влади у суспільстві, яку індивіди можуть конвертувати у дохід (економічні блага). Наявність / відсутність ресурсів у індивіда чи групи пов'язані із їх класовою позицією. Таким чином, життєві шанси відображають рівень доступу індивіда до благ,

які надаються суспільством. До ключових благ належать, зокрема, освіта. Така економічна трактовка до розуміння життєвих шансів впливає й з марксистського розуміння класової природи суспільства. Так Маркс акцентує увагу на тому, що людина повинна відтворювати себе як організм, що ускладнюється в умовах жорсткої економічної і соціальної експлуатації. Така трактовка життєвих шансів редукує цей феномен до суто економічних інтересів індивіда, а самого індивіда до спрощеної економічної моделі людини *homo economicus*. Але людські потреби та інтереси не зводяться до купівельної спроможності та споживання. Життєві шанси також полягають у можливості індивіда забезпечувати свою безпеку, мати можливості для самореалізації та комфортного життя. Е. Гіденс стосовно життєвих шансів відзначає і аспект виживання: «Життєві шанси», або «життєві очікування» означають, в першу чергу, можливості простого виживання людей» [26]. Звичайно, що він не зводить життєві шанси тільки до виживання. Вони також включають й інші аспекти.

Загалом, життєві шанси пов'язані із позицією індивіда чи групи в соціальній ієрархії (наприклад, належність до соціального класу), яка визначає їх набір. Тому, множинність можливих позицій та інтерпретацій, як зазначають С. Оксамитна та С. Бродська, спричиняють до того, що в залежності від цілей дослідження, набір показників (індикаторів) набуває досить довільного характеру та включає такі показники, як: тривалість життя, смертність новонароджених та дітей, захворюваність, в тому числі психічними хворобами, якісні та кількісні показники освіти дітей, стабільність / нестабільність зайнятості, тривалість шлюбу, соціальні контакти та різноманітність дозвілля, типи правопорушень, рівень виктимізації, можливості для мобільності та ін.

Отже, розподіл ресурсів, доступних індивіду в його соціальній позиції визначає розподіл і життєвих шансів, де найбільш гостро проявляється нерівність відносно «охорони здоров'я та пов'язаної із цим нерівності тривалості життя» [131].

Виходячи з цього, ми можемо говорити про те, що здоров'я виявляється нічим іншим, як природним ресурсом для соціального життя, обумовлюючи життєві шанси. Але

можливості відтворення цього ресурсу зумовлюються з одного боку вродженим станом здоров'я, з іншого – соціально, що виражається в доступності послуг системи охорони здоров'я.

*Резюме.* Здоров'я як соціологічна категорія розкривається: по-перше, через визначення відповідного концепту. Базовим для багатьох науковців є визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, згідно з яким: «здоров'я є станом повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб та фізичних дефектів; по-друге, через багатоманітність наукових підходів до проблеми здоров'я, до яких відносяться такі, як: медичний, біомедичний, соціобіологічний, соціально-аксіологічний, а також розмаїття соціальних аспектів здоров'я; по-третє, через видове розмаїття здоров'я: індивідуальне, суспільне та соціальне (до якого відноситься і професійне), фізичне, психічне і духовне, сексуальне і репродуктивне здоров'я; по-четверте, через розуміння здоров'я в якості суспільного блага, яке розглядається в економічному (як економічна цінність) та соціологічному аспектах. До специфічно соціологічного аспекту має відношення проблема справедливості відносно здоров'я, яка розкривається через рівний доступ до системи охорони здоров'я, а також у відношенні здоров'я до життєвих шансів індивіда.

*Питання для самоконтролю:*

1. Дайте визначення основним видам здоров'я.
2. Розкрийте особливості соціального та суспільного здоров'я.
3. Поясніть, в чому полягає сутність проблеми справедливості стосовно здоров'я.
4. Охарактеризуйте економічне та соціологічне розуміння здоров'я як соціального блага.

### §1.3. Соціологічна теорія здоров'я

Не дивлячись на те, що соціологія здоров'я є досить молодою, все ж відповідна проблематика досліджувалась уже на початкових етапах розвитку соціологічної науки. Відповідно, питання здоров'я осмислюється уже в роботах класиків. Класичні дослідницькі програми у соціології здоров'я пов'язують з іменами К. Маркса, Е. Дюркгайма та М. Вебера.

Так, найбільш вагомий внесок марксизму в соціологічне осмислення здоров'я полягає, в першу чергу у виділенні та ранжуванні соціальних факторів, що впливають на здоров'я, а також у розумінні рівня і якості життя як основних умов здоров'я. Марксистська соціологія сприяла розумінню того простого факту, що підвищення рівня суспільного здоров'я ефективніше досягається покращенням умов життя. Тобто, профілактика хвороб, створення умов та забезпечення можливостей підтримувати своє здоров'я людьми є набагато ефективнішим, ніж боротьба із хворобами, що розповсюджуються через відсутність вказаних умов.

Варто відзначити, що марксизму як соціально-філософській концепції, так і марксистському розумінню проблем здоров'я закидають його обмеженість суто матеріальними факторами існування людини та суспільства, ігнорування ним духовної та ціннісної складової людського буття. Але такі переконання пов'язані у першу чергу із ідеологічно мотивованою упередженістю стосовно марксизму, а також з не критичним сприйняттям текстів про марксизм, чим досягається мета у дискредитації марксистської концепції людини. Але, марксів матеріалізм стосовно людини полягає в усвідомленні того, що людина, як організм, є частиною природи. Саме тому, фізичне і духовне існування людини нерозривно пов'язане із природою. Але, на думку Маркса, людина стає власне людиною, набуває суто людського буття лише тоді, коли її діяльність досягає рівня перетворення неорганічної природи. Якщо тварина, наприклад, будує та щось створює, то робить вона це не з духовних мотивів, а для виживання. Перетворення твариною природи співвідноситься із нею. І тільки людина як свідома істота, здатна створювати не з

природної необхідності виживання, а з мотивів, наприклад, естетичних. Саме у цьому відриві від свого матеріального існування, людина набуває своєї людської, духовної (не релігійної) сутності. Мова йде про те, що необхідною сходиною до духовного – є подолання залежності від матеріального, що означає створення таких умов життя, коли будуть задоволені потреби відтворення себе людиною як частини природи. Тобто, як організму. Тут можна і пригадати розуміння цієї простої ідеї в гуманістичній психології А. Маслоу, який продемонстрував те, що вищі потреби людини не виникають і не задовольняються без задоволення базових, наприклад, фізіологічних потреб або потреби у безпеці. У цьому контексті здоров'я відіграє ключову роль.

Крім цього, марксистська і неомарксистська соціологія зберігає свою значну роль при описі впливу не тільки соціально-економічних, а й соціально-політичних чинників, як на функціонування і розвиток системи охорони здоров'я, так і на здоров'я окремої людини. Надзвичайно важливе значення марксистська соціологія має для розуміння соціальних нерівностей в контексті здоров'я. В сучасних умовах, коли ліберальний капіталізм продемонстрував свою низьку спроможність попереджувати епідемії та пандемії, а також ефективно їм протистояти, внаслідок ігнорування проблем великих мас людей, марксистське розуміння соціального обумовлення здоров'я є актуальною теоретичною відповіддю на цілий комплекс проблем сучасності.

В межах класичної соціології проблематику здоров'я можна побачити і в роботах Е. Дюркгайма. Хоча Дюркгайм не створює цілісної концепції здоров'я, цей аспект суспільного життя з'являється в його роздумах щодо ідентифікації норми та патології. Соціальне здоров'я, за Дюркгаймом, полягає в нормальному розвитку життєвих сил індивіда, колективу чи суспільства, а також в їх здатності адаптуватися до умов середовища і використовувати його для свого розвитку. Те, що сприяє розвитку суспільства і добробуту людей, має бути визнано корисним і необхідним. Хвороба суспільства може зародитися в будь-якій його сфері. Якщо ж воно хворе цілком, то і лікувати його треба комплексно. Велике значення надає



Дюркгейм моральному і політичному оздоровленню суспільства, впровадження в усі його сфери соціально здорових і ефективних стимулів діяльності та спілкування людей.

Третьою класичною програмою є веберівська, яка фокусується на вивченні суб'єктивної сторони активності людини, на соціокультурних детермінантах її поведінки. За М. Вебером, наука про здоров'я є одним з чинників раціоналізації суспільного життя, за рахунок переміщення індивіда в таке середовище, в якому немає ніяких «таємниць», недоступних при необхідності для соціального контролю.

Варто відзначити, що ні Вебер, ні Маркс із Дюркгаймом не створили цілісних концепцій здоров'я. Сьогодні розуміння проблематики здоров'я в їх теоретичному доробку – є результатом експлікації та оформлення їх ідей у певну теоретичну цілісність. Але це не означає, що інші класики соціологічної науки теж не приділяли окремої уваги здоров'ю.

Класикою соціологічного вивчення проблем здоров'я є дослідження П. Сорокіна. Так у роботі «Голод як фактор. Вплив голоду на поведінку людей, соціальну організацію та суспільне життя» Сорокін детально розглядає вплив масового голодання на суспільне здоров'я. Під голодом в загальному П. Сорокін розуміє «припинення або недостатнє надходження (або недостатнє засвоєння) їжі в організмі людини» [92, с. 24]. Він розрізняє такі форми голодання, як кількісне, якісне, індивідуальне та соціальне.

Відправним постулатом стала ідея про те, що всі соціальні процеси зумовлені кількістю та якістю отримуваної людиною енергії. П. Сорокін розглядає ланцюг явищ: голодання – ослаблення фізичних і психічних сил організму – ослаблення інстинкту життя і самозахист (тобто ослаблення і подавлення детермінатора та рефлексів самозбереження) – загибель організму. Голод – рушійна сила людини та суспільства, що надає руху механізму суспільного життя визначені форми та напрями. Голод депресує і ослаблює всі безумовні та умовні процеси, видозмінює мовні рефлекси, ідеологію, душевні переживання людей. Коливання кількості та якості їжі впливає не тільки на поведінку людей, воно відбивається на процесах суспільного життя.

З точки зору П. Сорокіна, масовий голод тягне за собою такі способи (шляхи) його подолання:

1) винайдення нових і поліпшення старих джерел харчування;

2) отримання необхідного продовольства у інших груп (мирним способом);

3) переміщення надлишкового населення з голодних областей в благополучні (мирна еміграція і завоювання чужих територій);

4) війна і насильницьке захоплення чужого продовольства і багатств, наявних всередині даної групи;

5) перерозподіл продовольства і багатств, наявних всередині даної групи, у таких формах:

– епізодичні захоплення голодними майна ситих (шлях «злочинів»);

– масові і організовані напади голодних на багатих (шлях заколотів, заворушень, революцій);

– у формі втручання влади, яка здійснює перерозподіл і тим самим змінює економіко-продовольчу організацію суспільства;

– добровільна відмова багатьох від частини наявних у них поживних благ на користь голодних (шлях громадської благодійності);

б) смерть і зміна природного руху населення.

Таким чином, Сорокін розширює уявлення про голод, досліджуючи його соціальні наслідки. Важливим є також розуміння важливості якісного аспекту харчування, що актуально і для сучасного суспільства, де якість продуктів залежать від купівельної спроможності людей. Наслідком цього є різне поширення хвороб в залежності від соціального статусу групи чи індивіда. Взагалі, в заслугу Сорокіна також треба віднести розширення соціологічного розуміння соціальної стратифікації здоров'я.

Згодом, Т. Парсонс, чия теорія структурного функціоналізму має тісні зв'язки із концепцією Дюркгайма, в системі соціальних ролей запропонує розглядати «роль хворого», як особливий вид девіацій. За хворим визнається

право на особливі вимоги та привілеї. У соціальному плані «роль хворого» зводиться до таких аспектів:

- а) утримання від нормальної суспільної діяльності,
- б) хворий вважається таким, що не здатен «взяти себе в руки», «впоратись» з собою,
- в) овід хворого очікують відношення до його стану як небажаного для нього самого,
- г) від хворого вимагається кооперація з лікарем.

За Т. Парсонсом, «роль хворого» змінюється залежно від віку, статі, положення в сім'ї, занять, матеріального достатку. Таким чином, «роль хворого» – це специфічна соціальна роль, що посідає своє місце в системі інших ролей [111, с. 274-276]. Відносини «лікар – пацієнт» як соціальна система з певними правами і обов'язками є мікромоделлю соціального інституту охорони здоров'я, що гарантує збереження загальносуспільної цінності – здоров'я. Крім цього, взаємодію в даній системі Т. Парсонс розглядав не тільки з соціологічної, але і з економічної точки зору, як обмін між виробником та споживачем.

Подібне бачення хвороби та поведінкових аспектів хворого притаманне D. Mechanic. Подібно до Парсонса, хвороба розглядається як вид девіації, при цьому передбачається, що факторами, які більшої мірою обумовлюють поведінку хворого, є соціально-психологічні, а не інституціональні. Хвороба-девіація підлягає соціальному контролю, що сприяє стабільності суспільства.

Теорію «ролі хворого», яку започаткував Т. Парсонс варто розширити теоретичним осмисленням такого специфічного стану як «проживання хвороби». Необхідність вивчення у соціології цього аспекту хворіння продиктована тим, що погіршення здоров'я спричиняє вплив на соціальну активність людини, її самопочуття, переживання і сприйняття себе й інших.

Це особливо актуально, зважаючи на той факт, що у сучасному світі багато людей, що живуть з хронічними захворюваннями. Погіршення екологічної ситуації у світі, невирішеність багатьох проблем національних систем охорони здоров'я, а також незадовільний санітарний стан багатьох

територій проживання людей унеможлиблюють подолання багатьох хронічних захворювань. Отже, співіснування з хворобою стає вимушеною необхідністю. Красномовним прикладом є життя людей із ВІЛ-СНІД, алергіями та іншими хронічними хворобами. Хоча ключову роль у зменшенні страждань від хронічних хвороб відіграє медицина, все ж і для соціології залишається велике поле для досліджень. У соціологічному розумінні хвороба стає частиною біографії, а сприйняття носіїв хвороби з боку інших людей проявляє себе у таких феноменах як дискримінація та ізоляція, солідаризація та підтримка, формування інклюзивних просторів тощо. Таким чином, переживання і проживання хвороби індивідом відображається і на його соціальному статусі, а отже і доступі до різноманітних суспільних благ та ресурсів. Класичним прикладом є положення людей з інвалідністю у суспільстві і їх суб'єктивне переживання особливостей свого здоров'я та тіла. Таким чином, соціологічна рефлексія хвороби, як специфічного досвіду індивіда набуває особливо важливого значення в контексті осмислення шляхів соціальної інтеграції людей, що мають хронічні захворювання, їх можливостей та способів соціальної адаптації.

Так, в межах символічного інтеракціонізму ключовими питаннями є те, якими способами люди інтерпретують соціальний світ, а також смисли, які вони йому приписують. В контексті здоров'я соціологія намагається зрозуміти те, яким чином люди переживають стан власної хвороби, а також сприймають хворобу інших. Дана частина соціологічної теорії здоров'я та хвороби має назву «живого досвіду хвороби».

Важливим для соціології питанням є те, як люди із хронічними хворобами навчаються справлятися з практичними й емоційними їх наслідками. Наприклад, певні захворювання вимагають регулярних процедур і медичної підтримки, що впливають на повсякденне життя, влаштування часового режиму. Хвороби, які зумовлюють повну або часткову втрату контролю над частиною організму або його станом (наприклад, епілептичні напади) вимагають вироблення певної стратегії управління своєю хворобою в повсякденному житті (наприклад, уникати перевтоми, дотримуватись певного режиму сну тощо).

Крім цього, досвід хвороби може викликати необхідність «перевключення» себе у існуючий соціальний порядок або призводити до змін сприйняття індивідом себе і свого «я». Соціологію у цьому випадку цікавить те, як реакції оточуючих на хворобу та її носія відображаються на індивіді або групі. Рутинні для більшості людей соціальні взаємодії часто набувають для хронічно хворих непередбачуваного і ризикованого характеру. Це є наслідком того, що хвороба в структурі повсякденного соціального порядку постає як девіація, вступаючи у суперечність із структурою і смислами, що конституують впорядкованість повсякденності, як «само собою зрозуміле». Так, в межах феноменологічної соціології проблематика здоров'я та хвороби і її переживання досліджується в контексті її відношення до порядку повсякденності. Гарольд Гарфінкель на прикладі зміни статі показав, як фізіологічні зміни співвідносяться із уявленнями про «нормальне», а також із необхідністю перевизначеності соціального статусу. Ці процеси неминуче відображаються на уявленнях індивіда про себе і свого положення в суспільстві.

Отже, хвороба або інвалідність, часто відіграють роль факторів невизначеності для індивіда та оточуючих, що виявляє себе, наприклад, у труднощах взаєморозуміння, адже інтерпретації звичайних ситуацій можуть відрізнятись. Наприклад, у спілкуванні з людиною із дефектами мовлення, інші люди можуть почувати себе ніяково у нестандартній для них комунікативній ситуації.

Дж. Корбін і А. Стросс, вивчаючи стратегії організації свого повсякденного життя людьми з хронічними хворобами розробили типологію «робіт»:

- робота над хворобою, яка включає діяльність, пов'язану з управлінням процесом лікування (прийняття таблеток, проходження процедур і т.п.);

- повсякденна робота, яка відноситься до управління ритмом життя (підтримка взаємин з оточуючими, виконання домашніх робіт, задоволення професійних і особистих інтересів);

- біографічна робота включає процес вбудовування хвороби в життя, усвідомлення її і розробки способів пояснення її іншим, включаючи лікаря).

Отже, підхід «проживання хвороби» дозволяє вивчати хворобу у багатьох ракурсах: і як специфічний соціальний досвід, і як частину біографії індивіда, і як фактор конструювання та переконструювання повсякденного соціального порядку. У кінцевому результаті вона повинна наблизити дослідників і суспільство до людей, що страждають від хронічних хвороб.

Досить значне місце проблематика здоров'я займає в дослідженнях І. Гофмана, які стали класикою соціології психіатрії. Гофман розглядає проблеми психічного здоров'я в контексті соціальних інститутів, що здійснюють контроль та подавлення індивіда. Система психіатрії робить пацієнта дурним, безпечним та непомітним. Важливе розуміння психічного здоров'я і соціальної структури розкривається у Гофмана і в його концепції стигматизації.

Важливий внесок в соціологічне розуміння психічного здоров'я вніс Еріх Фромм. Психічне здоров'я індивіда детерміноване соціально та культурно. Фромм звертає увагу на образ життя і ті чинники, що сприяють збереженню здоров'я чи мають зворотній ефект. Здоров'я залежить не тільки від самого індивіда, а й від впливу, який спричиняється на природу людини способом виробництва, суспільним і політичним устроєм капіталістичного суспільства. На початку «Здорового суспільства» Фромм задає тон своєму дослідженню психічного здоров'я: «Немає більш звичної думки, ніж та, що ми, мешканці західного світу ХХ ст., абсолютно нормальні. Навіть при тому факті, що багато хто з нас страждає більш-менш важкими формами психічних захворювань, загальний рівень душевного здоров'я не викликає у нас особливих сумнівів. Ми впевнені, що, запровадивши більш досконалі методи психічної гігієни, можемо надалі поліпшити стан справ в цій галузі. Якщо ж мова заходить про індивідуальні психічні розлади, ми розглядаємо їх лише як абсолютно окремі випадки, хіба що трохи дивуючись, чому ж вони так часто зустрічаються в

суспільстві, що вважається цілком здоровим [103, с. 5]. Фромм демонструє чітку залежність між індивідуальним і колективним психічним здоров'ям, капіталістичною економікою і культурою індустріального суспільства.

В постструктуралістській соціології проблема здоров'я відобразилась в дослідженнях *Т. Абеля* (Т. Abel) і *В. Коккерема* (W.C. Cockerham), *П. Бурдьо* (P. Bourdieu), *М. Фуко* (M. Foucault), *Ж. Бодрійяра* (J. Vaudrillard).

Так, В. Коккерем акцентує на особистій відповідальності людини за власне здоров'я. Ця відповідальність має стосунок не стільки до індивідуальних особливостей людини, скільки до соціокультурних норм життя відповідних соціальних груп, їх способу життя. Таким чином, ми можемо говорити про «колективну модель поведінки відносно здоров'я, вибір якої обмежений життєвими шансами індивідів» [123].

До соціологічного осмислення здоров'я має відношення і введене П. Бурдьо поняття «габітус» (habitus), яке можемо визначити як систему індивідуальних установок, орієнтацій, що дозволяє пояснити поведінку індивіда, який відтворює соціально-культурні правила, «стилі життя» різних соціальних груп. Медицина, на думку Бурдьо, здійснює символічне насильство, нав'язуючи свою систему значень, символів, ієрархію цінностей, які мають «природний», очевидний характер. Габітус, виявляє себе у поведінці людини в різних сферах життєдіяльності, у їх відношенні до фізичної активності, дозвілля, характеру харчування. Це стосується і відношення до здоров'я.

Одну з найбільш оригінальних концепцій психічного здоров'я розробив М. Фуко, який розглядає здоров'я в контексті соціального дискурсу. У своїй роботі «Історія безумства в класичну епоху» Фуко розглядає проблеми сприйняття «безумства» у його зв'язку із характером дискурсу епохи. Дослідження розкриває і процес ізоляції «безумців», їх сегрегації. Ця робота дає розуміння і процесу становлення психіатрії, яка оцінює людей як «безумців», а також здійснює їх контроль. Самі види безумства, згідно Фуко визначаються характером дискурсу епохи. Сучасне ж медичне трактування

безумства складається власне у класичну епоху європейської культури. Відповідно, якщо культура епохи формує і конструє безумство, вивчаючи його ми можемо зрозуміти саму соціальну реальність, що складається в той чи інший історичний період. Важливим внеском Фуко є дослідження і способів контролю, ізоляції та сегрегації тих, кого оцінюють як «безумців». Власне, сучасна система психіатрії в багатьох аспектах представляє собою соціально виправданий спосіб контролю та ізоляції тих, хто стає «негідним» суспільству. Тут можемо згадати й І. Гофмана і спроби художнього осмислення цього аспекту психіатрії (наприклад, книга К. Кізі «Над зозулиним гніздом»). У сучасному суспільстві досить поширеним явищем є каральна або репресивна психіатрія.

Сама медицина, згідно Фуко не тільки лікує, але і розвивається як знання про здорову людину. Таким чином, медичне знання стає і соціально сконструйованим, базуючись на інформації, що складається історично. Фуко вказує на існування двох основних напрямків в медичній практиці: «медицина видів», що включає класифікацію, діагностику та лікування хвороб, і «медицина соціального простору», що має на увазі профілактику хвороб. Перший напрямок бачить в людині об'єкт для медичного втручання та контролю, другий вважає громадське здоров'я предметом регулювання з боку медицини і суспільства.

Медицина у капіталістичному суспільстві виявляється потужною системою, що використовується для панування, адже, по-суті, її призначення – це контроль над тілом. Медицина у своїх контролюючих функціях подібна поліції. Контроль над індивідом, вказує Фуко, відбувається не тільки за допомогою ідеології та свідомості, але й разом з тілом і в тілі. Фуко вказує, що західна медицина не цікавилась тілом як економічним ресурсом, але з другої половини ХІХ ст., коли ставиться питання про здоров'я і рівень виробничих сил, вона починає оцінювати тіло в якості робочої сили. «Для капіталістичного суспільства найважливіший біополітичний, біологічний, тілесний вимір. Тіло – біополітична реальність; медицина – біополітична стратегія» [105, с. 82-83]. Система медицини, маючи фактично необмежений доступ до тіла



отримує велику владу, не тільки над окремим пацієнтом, але й над суспільством. Адже вона має можливість спостереження, контролю над життєдіяльністю індивіда, в разі потреби ізолювати його від інших та констатувати смерть чи інвалідність. Таким чином, медицина набуває безпрецедентної влади над усім суспільством, розпоряджаючись актуальною інформацією про його стан. По-суті, медицина перетворюється у дисциплінарний орган. Соціальна медицина і, як наслідок біополітика чи біовлада, виникає в управлінській структурі держави, як новий тип управління, що беручи до уваги інтереси населення, перетворюється у державну «політику здоров'я». Таким чином, «біовлада» – це особливий тип влади, яка не прирікає на смерть, а займається «інвестуванням життя».

Біовлада має два основних аспекти: по-перше, *анатомо-політика тіла*, яка пов'язана із «дисциплінами тіла», перетворюючи його в машину; *по-друге*, «серійне втручання» чи «регулюючі способи контролю» по відношенню до «соціального тіла» з метою забезпечення його біологічних процесів і того, що їх супроводжує: розмноження, народжуваності і смертності, рівню здоров'я, тривалості життя, довголіття. Таким чином, соціальна медицина стала інституціалізованим проявом «біополітики».

Оригінальним баченням хвороби є розмірковування Ж. Бодрійара. Хвороба постає як девіація, з точки зору пануючого соціального порядку. Хвороба і смерть як символічна відмінність нейтралізуються системою медицини. Для цього хворого під приводом лікування «депортують у функціональний простір-час, призначений для нейтралізації хвороби і смерті як символічної відмінності» [12], адже у хворого виникає потреба визнання в якості хворого та обміну своєї хвороби. В цьому розумінні, хворий є асоціальним. Тому, система медицини, яка існує для усунення смерті, намагається контролювати хворого, фактично вилучаючи його із суспільства, навіть для контролю за помиранням

Важливою теоретичною проблемою відносно здоров'я є феномен справедливості, який включає й ідеологічний аспект розуміння здоров'я та хвороби. У. Кімліка [58] умовно

розділяє сучасні дослідження проблем справедливості відносно здоров'я на дві групи: перша група ґрунтується на базових принципах ліберальної демократії і оперує такими термінами, як «право на здоров'я», «найбільше благо», «рівні можливості». Ці теорії стали ідеологічним підґрунтям ліберальних держав «загального добробуту»; друга група об'єднує сучасні теорії марксизму, комунітаризму, цивільного республіканізму, мультикультуралізму, фемінізму, в межах яких критикується ліберально-демократичні підходи (і загалом неоліберальний капіталізм) за «приховування» фундаментальних вад сучасних суспільств, до яких відносяться руйнування здоров'я найманих працівників експлуатація, що призводять до нестабільності психічного здоров'я, соціальна атомізація і дезінтеграція суспільства, виправдання нерівного становища жінок їх біологічними особливостями, розрив в стані здоров'я різностатусних груп (бідних та багатих, етнічних меншин тощо). Представники критичних теорій часто підкреслюють, що проблема полягає у відсутності належних передумов для втілення принципів ліберальної демократії в області здоров'я.

Відповідно, дискурс здоров'я поділяється на дві ключові теми: по-перше, тема особистої відповідальності за здоров'я; по-друге, рівність в отриманні медичної допомоги. При цьому рівність розуміється як економічна рівність, рівність можливостей або свобода.

*Резюме.* До класичних дослідницьких програм в соціології здоров'я відносять марксистську, дюркгаймівську та веберіанську. В рамках марксистського осмислення, здоров'я визначається умовами життя людини, які залежать в свою чергу від соціальної структури. Марксизм дозволяє зрозуміти комплекс соціальних факторів, що впливають на здоров'я, а отже можливість людини досягати вищих рівнів свого соціального та духовного розвитку. Дюркгаймівська програма фокусується на проблемах суспільного здоров'я. В межах веберіанської дослідницької програми особливе значення набуває суб'єктивна сторона життя людини. Теоретичні

осмислення здоров'я Т. Парсонсом пов'язані з його загальним функціоналістським розумінням суспільства.

Також, в теоретичному доробку соціології здоров'я розрізняють ще два великих теоретичних підходи стосовно хвороби, а саме підхід в межах якого вивчається *роль хворого* і підхід *проживання хвороби*.

Одними із центральних у соціології здоров'я є питання пов'язані із психічним здоров'ям, а також із становленням та функціонуванням психіатрії та медицини як соціального інституту, які знайшли відображення в роботах М. Фуко, Е. Фромма, І. Гофмана, Ж. Бодріяра та ін.

Важливою теоретичною проблемою є феномен *справедливості відносно здоров'я*, який сьогодні досліджується здебільшого в рамках двох груп теорій: перша ґрунтується на ідеях ліберальної демократії; друга група об'єднує критичні теорії ( марксизму, комунітаризму, цивільного республіканізму, мультикультуралізму, фемінізму), які критикують ліберально-демократичні підходи, досліджуючи такі феномени як експлуатація, руйнування здоров'я працівників, відмінності стану здоров'я між соціальними групами з різними статусами, біологізаторські виправдання різниці здоров'я чоловіків та жінок.

*Питання для самоконтролю:*

1. Назвіть класичні дослідницькі програми в соціології здоров'я та їх особливості
2. В чому, на вашу думку, полягає соціальна сутність голоду?
3. Охарактеризуйте підхід *проживання хвороби*
4. Які основні теорії щодо справедливості відносно здоров'я розглядає У. Кімліка?

#### **§1.4. Соціальні детермінанти здоров'я**

До числа найбільш вивчених концептів, що відображають сутність соціологічного підходу до здоров'я відноситься категорія «соціальні детермінанти здоров'я». Під соціальною детермінантою розуміється фактор що обумовлює те чи інше явище в суспільстві і має соціальну природу. Відносно здоров'я – це означає, що воно залежить і визначається комплексом соціальних факторів, явищ, процесів, соціальних інститутів. Таким чином спільна дія даних детермінант впливає на стан здоров'я індивіда, соціальної групи, суспільства в цілому. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає соціальні детермінанти здоров'я як «умови, у яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, включаючи системи охорони здоров'я. Ці умови (обставини) формуються під впливом розподілу грошей, влади і ресурсів на глобальному, національному і місцевому рівні, на які, в свою чергу, справляє вплив політика» [93]. Дане визначення фокусує нашу увагу, в першу чергу на деяких об'єктивних соціальних умовах життєдіяльності групи або суспільства, що впливають на стан здоров'я. Однак слід зазначити, що соціальні детермінанти здоров'я можуть проявлятися і на мікрорівні у вигляді соціально-психологічного клімату в сім'ї, індивідуальної поведінки (самозбережної або саморуйнівної), у суб'єктивних оцінках власного здоров'я та оцінки ризиків захворіти. Тобто, суб'єктивне переживання власного здоров'я, ставлення до нього, місце здоров'я в системі ціннісних орієнтацій індивіда є зумовленими соціальною реальністю, в якій живуть і діють люди.

Тому, соціальні детермінанти здоров'я – це всі умови, що породжуються спільною діяльністю людей як членів спільноти і впливають на стан здоров'я окремого індивіда, групи або суспільства в цілому. Вони можуть проявлятися на макро-, мезо- і мікросоціальному рівні, відноситись до об'єктивних обставин життя і до суб'єктивної сфери людини.

Для соціологічного пояснення впливу соціальних факторів на здоров'я часто використовують різні інтерпретативні схеми. Наприклад, такі:

- *модель соціальної селекції* трактує здоров'я як незалежну змінну, що визначає можливості для досягнення індивідом певного соціального стану і впливає на його досягнення в професійній сфері;

- *культурна / поведінкова модель* трактує здоров'я як залежну змінну, яка знаходиться під впливом поведінкових факторів і факторів стилю життя. Особливості поведінки та стиль життя пов'язані із соціальним статусом індивіда чи групи (наприклад, культура бідності);

- *матеріалістична модель* підкреслює вплив на здоров'я таких структурних факторів, як бідність, розподіл доходів, безробіття, житлові умови, екологічна обстановка в місці проживання, умови праці [34, с. 312-313].

Але для більш глибокого соціологічного розуміння здоров'я важливе значення має конкретизація таких схем, що полягає перш за все у класифікації конкретних соціальних факторів здоров'я, що визначають (детермінують) його стан. Через множинність, взаємопов'язаність та взаємовизначеність соціальних факторів здоров'я їх класифікація є складним завданням та часто визначається позицією дослідника. Тому у сучасній соціології немає універсальної класифікації. Ми також не можемо претендувати на універсальність, але спробуємо виділити декілька класів соціальних факторів здоров'я:

*Соціально-економічні умови життя індивідів та груп.* До цієї групи факторів належать такі, як: рівень доходу, соціальна ізоляваність, безробіття, зміст та умови праці, рівень технологізації життя, житлові умови, рівень індустріалізації, екологічної та санітарної безпеки в районах проживання людей, рівень злочинності та криміналізації життя, наявність умов для прийняттого дозвілля (парків, зон відпочинку, культурної інфраструктури), рівень медичної допомоги, доступність медичних і соціальних установ.

Розглянемо ці фактори більш детально.

Особливо значимим фактором, що впливає на здоров'я індивіда (а в умовах масового карантину і на здоров'я групи) є соціальна ізоляція, яка, у першу чергу, має вплив на психічне здоров'я, а отже і має психосоматичні наслідки. Термін *соціальна ізоляція та соціальне виключення (соціальна ексклюзія)*

означає відторгнення індивіда або групи від інших, внаслідок скорочення або зникнення соціальних зв'язків і взаємодій. Одним із проявів соціальної ізоляції є самотня старість. Цей тип ізоляції все більш масштабний в умовах старіючого населення. До кола осіб, що часто виключаються із соціальних відносин належать люди з обмеженими можливостями пересування (наприклад, через інвалідність), представники низькостатусних соціальних груп: мігранти, представники національних та сексуальних меншин.

До найбільш впливових факторів, пов'язаних із соціально-економічними умовами є безробіття, що означає скорочення економічних та соціальних ресурсів для нормальної життєдіяльності. Хоча національні системи соціального захисту спрямовані на зменшення негативного впливу безробіття, все ж тут залишається багато питань. Зокрема, чому існує демотивуюча допомога по безробіттю, коли працювати виявляється менш вигідно. В такій ситуації тривалого безробіття виникає депривація і потреба в зайнятості зникає. Іншим виміром безробіття є постійний стрес, що негативно впливає на здоров'я індивіда.

Зміст і умови праці також відіграють важливе значення для здоров'я. Зокрема, при небезпечних умовах праці ризик для здоров'я підвищується. Розповсюдження багатьох хвороб може бути пов'язане саме із специфікою трудового процесу. Прикладом групи ризику у сфері праці можуть бути лікарі, що працюють із інфекційними хворобами. Але навіть за відсутності прямого негативного впливу умов праці на здоров'я, ризики зберігаються. Так, тривала сидяча робота підвищує ризик хвороб серцево-судинної системи. Низька фізична активність також впливає і на здоров'я опорно-рухового апарату. Трансформація ринку праці в бік збільшення частки віддаленої роботи створює додаткові ризики для розвитку хвороб, пов'язаних із сидячими умовами праці.

Здоров'я підпадає під вплив і *технологізації життя*, внаслідок якої виникають нові залежності, зростають ризики техногенних катастроф та ін.

До важливих факторів здоров'я належать *житлові умови*, до яких відносяться такі аспекти як розмір житлової

площі, якість і ефективність вентиляційних систем, які відіграють важливу роль в протидії розповсюдженню інфекцій. Наприклад, вогкість та недостатній обігрів приміщень сприяють розвитку захворювань дихальних шляхів, застудних захворювань та ін. Також мають значення і матеріали, що використовувалися при будівництві та ремонті і можуть мати шкідливий вплив на організм (наприклад, азбест, який і сьогодні використовується в будівництві). Погані житлові умови спричиняють до патологічних явищ центральної нервової системи. Відсутність можливості для нормального відпочинку та усамітнення внаслідок великої кількості людей, що спільно проживають на маленькій площі, мають своїм наслідком шкоду психічному здоров'ю. Також значення має і рівень освітлення помешкань, що впливає на зір. Загалом, погані житлові умови негативно впливають на загальний стан здоров'я, зокрема психічних стан.

До умов проживання слід віднести екологічний та санітарний стан території проживання людей. Особливо це стосується великих міст, де окремі райони та зони міста можуть відрізнятися за цими характеристиками, внаслідок великої кількості промислових підприємств, відсутності нормальних каналізаційних систем тощо. Несприятливі екологічні та санітарні умови сприяють поширенню онкологічних захворювань, інфекцій, збільшенню кількості людей, що страждають на алергії та загалом, зниженню опірності організму хворобам. Це призводить до відмінностей в рівні смертності, наприклад, в різних районах одного міста. Саме міське середовище, часто є негативним фактором для здоров'я, в тому числі, психічного. Інтенсивність життя, велика кількість тимчасових і нетривких соціальних контактів, криміногенна обстановка та інші фактори перетворюють місто на стресогенне середовище.

*Культурні фактори здоров'я.* До цієї групи факторів належать такі, як: рівень освіти, поінформованість в сфері медицини, обізнаність щодо доступних закладів охорони здоров'я, догляд за дітьми і їхнє виховання, місце здоров'я та здорового способу життя в ієрархії індивідуальних та групових цінностей, патерни дозвіллевих практик.

В цій групі факторів особливе місце належить рівню освіти та освіченості, зокрема, в сфері охорони здоров'я. Так, підвищення рівня освіти підвищує життєві шанси індивіда, в тому числі в контексті його фізичного виживання. Наприклад, рівень освіченості та інтелектуального розвитку зменшує ризик дегенеративних захворювань мозку. Рівень освіти, звичайно, впливає на здоров'я опосередковано, а не є самостійним фактором. Зокрема, механізм впливу освіти на здоров'я полягає у формуванні відповідного сприйняття індивідом світу та свого здоров'я, підвищенні шансів на ринку праці, а отже і можливості забезпечити високий рівень життя та добробуту. Загалом, освічені люди більш схильні ретельно піклуватися про власне здоров'я, а також до здорового способу життя та звичок. Це відображається на якості та тривалості життя. Яскравим прикладом пов'язаності освіти і здоров'я є довіра до імунізації та профілактичних щеплень для дітей, яка підвищується разом із рівнем освіченості. Іншим прикладом є критичне ставлення до інформації, що стосується здоров'я, наприклад, до конспірологічних теорій виникнення і поширення вірусів.

В контексті соціальних нерівностей, де освіта є ресурсом з обмеженим доступом, відтворення низького рівня освіти батьків дітьми впливає і на відтворення відповідної культури здоров'я, яка включає і спосіб життя. Тобто, у цьому контексті ми повинні говорити і про особливості догляду за дітьми та їх виховання, що полягає у засвоєнні патернів поведінки відносно здоров'я та сприйняття його як життєвої та суспільної цінності. У суспільстві з ринковою економікою, де в ієрархії цінностей традиційно велике значення займає *успіх* (економічний, кар'єрний) здоров'я необхідно розглядати в контексті ресурсу досягнення індивідом життєвого успіху та реалізації власних життєвих планів. В загальносуспільному контексті, рівень освіченості населення є важливим фактором збереження та відтворення суспільного здоров'я.

*Фактори образу життя*, які визначаються факторами двох попередніх груп. До цієї групи належать такі фактори як наявність / відсутність шкідливих звичок, зловживання алкоголем, наркотичними речовинами, відсутність достатньої рухливості та фізичних навантажень.



Таким чином, комплекс соціальних факторів здоров'я створює і специфічні умови життя індивіда та суспільства, які по різному впливають на здоров'я. Тому вивчення цих факторів сприяє кращому розумінню напрямів вдосконалення діяльності з охорони здоров'я, взаємопов'язаності різних сфер життєдіяльності суспільства та соціальних інститутів в контексті здоров'я.

З категорією «соціальна детермінанта здоров'я» тісно пов'язане таке поняття, як «соціальний фактор ризику погіршення здоров'я». В рамках позитивістської методології ризик трактується як об'єктивний і пізнаваний факт і зв'язується з категоріями «ймовірність», «небезпека», «шкода». Через призму даного підходу розглядаються такі дефініції ризику, як «продукт ймовірності виникнення небезпеки і серйозності (масштабу) її наслідків» і поєднання ймовірності певної події і її наслідків, що носять негативний характер. Звідси, соціальні фактори ризику слід розуміти як соціально детерміновані умови, що збільшують ймовірність або реальність настання несприятливої події (в нашому випадку – погіршення індивідуального або громадського здоров'я).

Соціальні відмінності в стані здоров'я населення всередині країн і між країнами, нерівності в стані здоров'я між соціальними групами називають соціальним *градієнтом здоров'я*. Дане поняття відображає, по суті, те, що стан здоров'я людини залежить від приналежності до певної соціальної страти, соціальної групи.

Однією з центральних категорій в рамках соціологічного вивчення здоров'я є поняття «ставлення до здоров'я», яке можна визначити як оцінку власного здоров'я, в основі якої лежить усвідомлення здоров'я як цінності та дій спрямованих на його збереження. Ставлення до здоров'я може бути розглянуто на рівні суспільства, групи або окремого індивіда. Структура даного поняття включає в себе, по-перше, оцінку стану здоров'я, по-друге, сприйняття здоров'я, як цінності, по-третє, діяльність зі збереження здоров'я.

При розширеному аналізі категорій «соціальні детермінанти здоров'я» та «ставлення до здоров'я» необхідно звернутися до поняття «поведінка щодо здоров'я

(healthbehavior)», під яким розуміється система взаємопов'язаних дій, активність індивіда або соціальної спільноти, що здатні вплинути на їх здоров'я. Варіативність поведінки щодо здоров'я визначає існування таких понять, як «самозбережна поведінка», «ризикогенна поведінка», «саморуїнлива поведінка» та ін.

В соціології виділяють три модифікації поведінки стосовно здоров'я:

1) профілактичну, превентивну поведінку щодо здоров'я, що включає активність індивіда або групи, направлену на збереження свого здоров'я, попередження виникнення захворювань;

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

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

Також слід розглянути таке важливе для аналізу здоров'я поняття, як «здоровий спосіб життя». Спосіб життя – це поняття, що характеризує конкретні соціокультурні рамки (типові форми, способи і механізми) життєдіяльності соціальних суб'єктів. Категорія «спосіб життя» охоплює сукупність типових видів життєдіяльності індивіда, соціальної групи, суспільства в цілому. Звідси, здоровий спосіб життя – це поняття, що відображає: по-перше, ступінь реалізації потенціалу конкретного суспільства (індивіда, соціальної групи) у забезпеченні здоров'я; по-друге, ступінь соціального благополуччя як єдності рівня і якості життя; по-третє, ступінь ефективності функціонування соціальної організації в її віднесенні до цінності здоров'я. У зарубіжних роботах частіше вживається термін «стиль життя (lifestyle)» і, відповідно, «здоровий стиль життя (healthy lifestyle)», що відображає індивідуальні особливості поведінки відносно здоров'я».

Іншим фундаментальним соціальним фактором, що визначає здоров'я в усьому його видовому розмаїтті є *соціальні нерівності*. Проблема залежності здоров'я від соціальної структури є однією із ключових для соціології здоров'я. Адже соціальна нерівність, як результат нерівномірного розподілу суспільних благ визначає і можливості індивіда чи соціальної

групи підтримувати та відтворювати своє здоров'я, тобто відтворювати себе як організм. Це впливає із того, що соціальні групи на різних щаблях соціальної структури отримують різний доступ до благ: освітніх, медичних, економічних, культурних, інфраструктурних та ін. Таким чином, статусні групи отримують і різні ресурси. Але залежність здоров'я від соціальної стратифікації має не тільки матеріальний прояв (доступ до медицини, економічних ресурсів), але й аксіологічний (ціннісний).

Відзначимо, що соціологія вивчає вплив соціальної стратифікації на здоров'я на двох рівнях: *по-перше*, на рівні класової структури суспільства; *по-друге*, на рівні належності індивіда до конкретної статусної групи. Отже, однією із центральних проблем соціологічного вивчення соціальної стратифікації та соціальних нерівностей є класова структура суспільства. У соціології здоров'я на сьогодні є розуміння того, що стан здоров'я пов'язаний із класовою позицією. Під соціальним класом у найбільш загальному розумінні у соціології розуміється велика група людей, що мають однаковий соціально-економічний статус в системі соціальної стратифікації [75]. Нагадаємо, що класова позиція визначає і набір доступних індивіду або групі соціальних благ та ресурсів, а також пов'язана із нерівністю в життєвих шансах.

Досить глибоку рефлексію соціологічних знань щодо співвідношення соціального класу та здоров'я зробив Е. Гідденс [127, с. 131-154], який наводить приклад такого узагальнення нерівностей здоров'я, в основі яких лежать класові відмінності:

–некваліфіковані робітники, що займаються фізичною працею та належать до нижчого класу, помирають до виходу на пенсію з вдвічі більшою ймовірністю у порівнянні із «білими комірцями» (професійними службовцями) та представниками вищого класу;

–в сім'ях некваліфікованих робітників народжуються мертвими або помирають протягом першого тижня життя вдвічі більше дітей, ніж серед тих, хто зайнятий професійною діяльністю;

–представники класу професіоналів живуть в середньому на сім років довше, ніж представники з класу некваліфікованих робітників.

–більш, ніж 90% основних причин смерті зустрічаються в нижчих класах;

–робітники частіше звертаються до лікарів і з більшого кола захворювань, ніж спеціалісти. При цьому серед некваліфікованих працівників вдвічі більше тривалих захворювань, у порівнянні із професіоналами;

–нерівності здоров'я, які зумовлені класовими відмінностями, глибше проявляються серед людей, що перебувають довгий час без роботи. Тривалість життя у безробітних, як правило, менша, ніж у зайнятих.

Гідденс узагальнює соціологічні пояснення залежності нерівності здоров'я від соціального класу у декілька підходів:

1) *артефактні пояснення* фокусуються на суперечностях статистики, які полягають в тому, що вимірювання класових та медичних змінних можуть спотворюватися, а отже бути ненадійними. Це означає, що зв'язок між досліджуваними змінними може бути результатом способу відбору даних, коли дослідник вибирає з медичної статистики тільки ті дані, які релевантні для його теорії, при цьому ігноруючи дані, що їй суперечать;

2) в *поясненнях, заснованих на відборі по здоров'ю* підкреслюється, що здоров'я людини впливає на її соціальний статус, але не навпаки. В основі цих пояснень лежить ідея того, що люди з хорошим здоров'ям більш успішні і пристосовані до висхідної соціальної мобільності, тоді як люди з поганим здоров'ям будуть, навпаки, знижувати свій соціальний статус, наприклад, через втрату працездатності;

3) в *культурно-поведінкових поясненнях* стверджується, що важливим для здоров'я є стиль життя. Так, серед людей нижчих класів більш поширені згубні для здоров'я заняття, зокрема, шкідливі звички. Інколи стверджується, що така поведінка не контролюється виключно індивідом, а занурена в контекст життя соціальних класів. При цьому стверджується, що

стиль життя і структура споживання є визначальними факторами поганого здоров'я;

4) згідно з *матеріалістичними або обумовленими навколишнім середовищем* поясненнями причина нерівності здоров'я бачиться в більших соціальних явищах, до яких належать бідність, нерівний розподіл багатства і доходів, безробіття, житлові умови, забруднення навколишнього середовища і погані умови роботи. Тобто, основним фактором поганого здоров'я є матеріальні нестатки. Таким чином, встановлюється тісна залежність між соціальною нерівністю та нерівністю здоров'я.

Крім дослідження нерівностей здоров'я на високому рівні абстракції (наприклад, впливу класової позиції на здоров'я), соціологія здоров'я вивчає і конкретні прояви нерівностей. Зокрема окремі соціальні групи у їх відношенні до здоров'я як життєвого ресурсу. До таких конкретних проявів відносять: старість, інвалідність, етнічну та расову приналежність, стать, бідність, територію проживання, вимушену міграція.

Розглянемо їх детальніше.

*Етнічна та расова належність.* Залежність здоров'я від цих факторів у соціології досі залишається дискусійною. Так, під час пандемії COVID-19 у США смертність від цього вірусу була вищою серед афроамериканців, ніж білого населення. І хоча факти свідчать про те, що різні раси можуть відрізнятися за рівнем тривалості життя та ризиком поширення хвороб, все ж варто розуміти, що дана обставина може бути пов'язана скоріше із іншими факторами (такими, як класова належність), ніж расова чи етнічна приналежність. Тому соціологія змушена розширювати горизонт пошуку причин нерівності здоров'я, включаючи інші соціальні фактори, що можуть призводити до відмінностей здоров'я у представників різних расових та етнічних груп. Наприклад, спалахи хвороб у середовищі трудових мігрантів скоріш за все будуть пов'язані не з країною, вихідцями з якої вони є, а з санітарними та житловими умовами проживання у приймаючій країні, а також умовами праці.

*Старість.* Проблема старіння актуалізується у сучасному світі, особливо у країнах із розвиненою економікою.

Тенденції до загального старіння населення спричиняють до збільшення тиску на економіки і фінансування соціальних програм. Це означає зростання ризиків для літніх людей, чие матеріальне забезпечення знижується, а доступність охорони здоров'я стає меншою. Загалом, в процесі старіння для людини актуалізується комплекс проблем, пов'язаних у першу чергу із емоційними, матеріальними, медичними труднощами, а також складністю збереження своєї незалежності, здатності до вільного пересування та повноцінної участі у суспільному житті. Крім цього, літні люди стикаються із проблемою дискримінації за віком (ейджизм). Додатковими труднощами стає підвищення пенсійного віку багатьма урядами, внаслідок зростання навантаження на економіку. І хоча старість сьогодні все більше розглядається в контексті можливостей зайнятості літніх людей, у деяких країнах (економічно неблагополучних) пенсійний вік у його відношенні до загальної тривалості життя є необґрунтованим та дискримінаційним.

*Інвалідність.* Інвалідність є фактором, що значно обмежує можливості індивіда мати та підтримувати належний рівень здоров'я. Це пов'язано не лише з тим, що функціональні обмеження значно зменшують шанси на ринку праці, а отже і матеріальної забезпеченості. Найбільш складною, на наш погляд проблемою інвалідності є соціальна ізоляція. Також необхідно враховувати і непристосованість фізичного простору для людей з особливим потребами, що знижує їх соціальну та фізичну активність. Загалом, проблем пов'язаних із інвалідністю, що впливають в кінцевому результаті на здоров'я дуже багато: це і доступ до освіти, і пристосованість соціальної інфраструктури, це і сприйняття людей з інвалідністю у суспільстві та ін. У цьому контексті, важливим є створення інклюзивного фізичного та соціального середовища, а також політика, спрямована на профілактику та попередження інвалідності.

Згідно з Всесвітньою програмою дій щодо інвалідів (1982 р.) ООН чинниками, що сприяють росту числа інвалідів та їх усунення від участі в житті суспільства є такі:

–війни і наслідки воєн, а також інші форми насильницького руйнування, злиднів, голоду, епідемій і великих переміщень населення;

– висока частка сімей, що зазнають труднощів і живуть в бідності, в тісних і антисанітарних житлах;

– висока частка неписьменного населення, що має слабе уявлення про процедури отримання соціальних послуг, медичного обслуговування і освіти;

– відсутність точних знань про проблеми інвалідності, її причини, попередженні та лікуванні інвалідності (стигматизація, дискримінація і неправильне уявлення про інвалідність);

– недостатньо розроблені програми первинної медико-санітарної допомоги та обслуговування;

– стримуючі фактори, включаючи відсутність ресурсів, географічна віддаленість, фізичні та соціальні бар'єри, які не дозволяють багатьом особам користуватися наявними послугами;

– спрямування коштів на надання вузькоспеціалізованих послуг, не пов'язаних з потребами більшості населення, якому потрібна допомога;

– відсутність або слабкість інфраструктури відповідних служб в області соціальної допомоги, охорони здоров'я, освіти, професійно-технічної підготовки і працевлаштування;

– приділення другорядного значення в соціальному і економічному розвитку діяльності, пов'язаної із створенням рівних можливостей, попередженням інвалідності і відновленням працездатності;

– нещасні випадки на виробництві, при виконанні сільськогосподарських робіт та дорожньо-транспортні пригоди;

– стихійні лиха і землетруси;

– забруднення навколишнього середовища;

– стреси та інші психосоціальні проблеми, пов'язані з переходом від традиційного суспільства до сучасного;

– непомірне споживання ліків, неправильне застосування лікувальних препаратів і незаконне використання наркотиків і стимуляторів;

– неправильне поводження з пораненими в період стихійного лиха-наслідком і воєн, яке може стати причиною тимчасової інвалідності;

– зростання урбанізації і старіння населення.

*Стать.* Різниця здоров'я залежить і від статі. Як правило, тривалість життя жінок вища, ніж у чоловіків. Але, при цьому, частота захворюваності у жінок більша, у порівнянні із чоловіками. Також спостерігається деяка відмінність причин смертності. Хоча основною причиною для обох статей є захворювання серцево-судинної системи, все ж чоловіки частіше помирають від насилля та внаслідок зловживання алкоголем і наркотиками. Так як матеріальний стан впливає і на можливість відтворювати та зберігати своє здоров'я, для чоловіків та жінок актуалізується і питання відмінностей у матеріальному достатку. Як правило, серед жінок більш розповсюджена бідність (в залежності від країни) та загалом, їх доходи менші (за винятком деяких країн), ніж у чоловіків. Також жінки більше потерпають від вимушеної ізоляції, яка є вагомими фактором здоров'я. Ізоляція жінок пов'язана в першу чергу із традиційними гендерними ролями. Так, наприклад, доглядова праця за родичами (батьками, дітьми) здійснюється в основному жінками, що спричиняє до їх маргіналізації та виключення з ринку праці. Нерівність здоров'я в залежності від статі стосується і психічного здоров'я. Як приклад, страх депресії більш притаманний жінкам.

*Бідність.* Матеріальна забезпеченість є одним із визначальних факторів здоров'я. Вона визначає можливість отримати якісні медичні послуги, проводити повноцінне рекреаційне дозвілля та забезпечити здорове харчування. Але у контексті бідності мова йде не лише про фінансові можливості отримати медичні послуги, але й про культурні особливості бідності. Матеріальне збіднення призводить часто і до збіднення ментального. Так, у соціології давно відомий феномен культури бідності, який означає виникнення та відтворення у поколіннях субкультури бідності, що виявляє себе у відповідних стилях життя і відношенні до здоров'я. Бідність має пряме відношення до психічного здоров'я, наприклад, спричиняючи до зниження розумових здібностей людини.

*Територія проживання та міграція.* Говорячи про територію проживання та її вплив на здоров'я ми повинні зважати на соціальну нерівність територій, яка виявляється у багатьох аспектах, основними з яких є: санітарний та



екологічний стан території, доступність медичної та соціальної інфраструктури, криміногенна обстановка. Ці характеристики стосуються як окремих регіонів, так і міських районів та зон. У промислово розвинених містах погана екологічна ситуація сприяє розповсюдженню онкозахворювань, алергій та інших хвороб. Частою проблемою є географічна доступність закладів охорони здоров'я. Із територією проживання пов'язаний також фактор міграції. Так, як правило великі групи нелегальних мігрантів змушені проживати в таборах та гетто із відсутніми умовами для нормального життя. Поганий санітарний стан таких територій, відсутність можливостей отримання оперативної медичної допомоги, значно збільшує ризики масових захворювань та смертей. Пандемія COVID-19 стала черговим цьому доказом. Крім цього, часто люди стикаються із дискримінацією з причин відсутності реєстрації у місці проживання. Частими є випадки відмови у медичній допомозі трудовим мігрантам, що працюють неофіційно.

*Зайнятість.* Проблема соціальних нерівностей та здоров'я визнається і Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ): «численні фактичні дані свідчать про те, що у всіх країнах з низьким, середнім і високим рівнем доходу – стан здоров'я окремих людей значною мірою визначається їх соціально-економічним становищем» [72].

Соціальна нерівність відносно здоров'я виявляється у систематичних відмінностях у стані здоров'я різних соціально-економічних груп. На думку спеціалістів ВООЗ до основних особливостей соціальних нерівностей відносно здоров'я належать такі:

1) систематичність. Відмінності у здоров'ї різних соціально-економічних груп не є випадковими. Ця модель застосовна до всього населення;

2) відмінності у здоров'ї породжені соціальними процесами і не є біологічно обумовленими (наприклад, перевищення смертності серед бідних над смертністю серед багатих не обумовлене біологічно, а полягає в різниці умов життя);

3) соціальна нерівність відносно здоров'я підтримується несправедливим соціальним устроєм.

Тривалість життя як показник загального стану здоров'я соціальної групи, залежить і від характеру і змісту праці (фізична / розумова), рівня доходів, доступу до медичних послуг, освіти, якості харчування. Наприклад, у Франції робітники (до 54 р.) некваліфікованої фізичної праці чотверо частіше передчасно помирають від діабету, ніж службовці. Українські дослідження також показують, що рівень доходів та якість харчування впливають на тривалість життя різних соціально-економічних груп.

*Резюме.* Соціальні детермінанти здоров'я є комплексом соціальних факторів що впливають на стан здоров'я індивідів, груп та суспільства, а також визначають можливості його підтримки і відтворення. Соціальні детермінанти здоров'я впливають на індивідуальне, соціальне та суспільне здоров'я.

Соціальні детермінанти здоров'я поділяються на такі групи факторів: *соціально-економічні умови життя*. До цієї групи належать такі фактори, як: рівень доходу, соціальна ізолюваність, безробіття, зміст та умови праці, рівень технологізації життя, житлові умови, рівень індустріалізації, екологічної та санітарної безпеки в районах проживання людей, рівень злочинності та криміналізації життя, наявність умов для прийняттого дозвілля, рівень медичної допомоги, доступність медичних і соціальних установ. До *культурних факторів здоров'я* належать: рівень освіти, поінформованість в сфері медицини, обізнаність щодо доступних закладів охорони здоров'я, догляд за дітьми і їхнє виховання, місце здоров'я та здорового способу життя в ієрархії індивідуальних та групових цінностей, патерни дозвіллевих практик. До *факторів образу життя* належать: наявність / відсутність шкідливих звичок, зловживання алкоголем, наркотичними речовинами, відсутність достатньої рухливості та фізичних навантажень.

Ключовою соціальною детермінантою здоров'я є соціальна нерівність, що обумовлює нерівності здоров'я. Соціологічні пояснення нерівності здоров'я, що пов'язані із класовою належністю, згідно з Е. Гіденсом поділяються на чотири групи: 1) артефактні пояснення; 2) пояснення, засновані

на відборі по здоров'ю; 3) культурно-поведінкові пояснення; 4) матеріалістичні пояснення.

До конкретних соціальних факторів нерівності здоров'я належать наступні: етнічна та расова належність, старість, інвалідність, стать, бідність, територія проживання, міграція, зайнятість.

*Питання для самоконтролю:*

1. Дайте визначення поняттю *соціальні детермінанти здоров'я*
2. Охарактеризуйте основні соціальні детермінанти здоров'я
3. Поясніть, як залежить здоров'я від класової належності людини
4. Які, на вашу думку, детермінанти здоров'я найбільш актуальні для сучасної України?

## §1.5 Соціологічні дослідження в області здоров'я

У літературі для позначення соціологічних досліджень в області здоров'я та охорони здоров'я використовується термін «медико-соціологічні дослідження». Але, на наш погляд, його використання є не зовсім коректним. Об'єктом медико-соціологічних досліджень є медицина як соціальний інститут, тоді як соціологічні проблеми здоров'я охоплюють не лише медицину, але й простір цінностей, питання соціалізації, соціальні нерівності, професійну сферу індивіда. Таким чином, медико-соціологічні дослідження не охоплюють усі соціальні аспекти здоров'я. Якщо ж ми говоримо про «соціологічні дослідження здоров'я», то вказуємо на певний стан індивіда, який даний нам через його суб'єктивні переживання (самооцінка здоров'я) або результати медичних обстежень (об'єктивні показники). У цьому випадку також не вказуються інші питання, що стосуються здоров'я та цікавлять соціологію. Тому, більш коректно говорити про соціологічні дослідження в області здоров'я, які охоплюють усі соціальні аспекти здоров'я.

Хоча соціологічні дослідження охоплюють усі сфери життєдіяльності суспільства, основні вимоги до них є загальними. Ключовими аспектами в соціологічних дослідженнях в області здоров'я є, по-перше, розробка програми соціологічного дослідження; по-друге, вибір адекватних задачам та умовам дослідження методів збору та аналізу соціальної інформації.

*Програма соціологічного дослідження* – це науковий документ, в якому викладені теоретичні та методологічні засади соціологічного дослідження. В цілому, програма відбиває логіку наукового дослідження. Програма соціологічного дослідження має свою структуру та складається з таких розділів:

I. Методологічний розділ програми містить такі елементи:

1) формулювання проблеми – ситуації, яка вимагає наукового осмислення та вирішення. Як правило, проблема - це суперечність між наявним знанням та потребами суспільної практики;

2) мета (передбачуваний результат дослідження) та завдання дослідження;

3) визначення об'єкта та предмета дослідження. Об'єкт дослідження впливає із проблеми, а предмет конкретизує об'єкт, тобто стосується окремого його аспекту, що безпосередньо досліджується. Наприклад, якщо об'єктом дослідження є здоров'язбережна поведінка, то предметом можуть бути ціннісні орієнтації, що визначають ставлення до здоров'я;

4) теоретична та емпірична інтерпретація основних понять дослідження, полягає у всебічному аналізі та поясненні ключових понять, що використовуються в дослідженні. Поняття – є відображенням частини реальності, яка досліджується. Тому, не орієнтуючись у поняттях, дослідник не може «побачити» реальності, яку вони відображають. Прикладом таких понять можуть бути такі, як *доступність медичних послуг* (що передбачає доступність економічну та географічну). Емпірична інтерпретація понять передбачає виділення емпіричних індикаторів дослідження – елементів або фрагментів досліджуваної реальності (об'єкта), які доступні для вимірювання та спостереження. Наприклад, одним із індикаторів доступності медичних послуг є можливість респондента оплачувати послуги приватних медичних закладів. Основна мета емпіричної інтерпретації – це формування комплексу індикаторів, які дозволяють якомога повніше описати проблему дослідження. Таким чином, поняття є більшим за індикатори, які впливають з нього;

5) попередній системний аналіз об'єкта дослідження – аналіз та систематизація наявної наукової інформації про об'єкт та проблему дослідження. По-суті, попередній аналіз – це з'ясування уже відомого про те, що вивчається;

6) формулювання гіпотез дослідження, які є науковими припущеннями, що підлягають підтвердженню або спростуванню. Дослідження є успішним і тоді, коли гіпотези підтверджуються, і тоді, коли спростовуються, адже в такому разі виникають умови для здобуття нового знання.

II. Методичний (процедурний) розділ включає:

1) визначення та обчислення вибіркової сукупності. Систему вибірки складають два типи сукупностей: генеральна та вибірка. Під *генеральною сукупністю* як правило розуміють все населення або частину суспільства, яка досліджується. У будь-якому разі, генеральна сукупність – це частина людей, яким притаманні певні властивості, що досліджуються. Але генеральна сукупність буває настільки великою, що соціологи змушені опитувати тільки тих людей, що відбираються за спеціальними процедурами та відображають властивості генеральної сукупності. Мова йде про вибірку сукупність, яка є частиною генеральної сукупності та підлягає безпосередньому вивченню. Основною вимогою до вибірки є відповідність розподілу в ній певної ознаки, так само як вона розподіляється в генеральній сукупності. Наприклад, якщо все населення (генеральна сукупність) складається із 46% чоловіків і 54% жінок, то це співвідношення повинне зберігатись і у вибірковій сукупності. Те ж правило діє і до інших важливих для соціолога ознак (віку, освіти). Якщо вибірка сукупність відображає характеристики генеральної сукупності, то така вибірка називається *репрезентативною*.

До основних типів вибірки належать такі:

- ймовірнісна (випадкова) вибірка – передбачає випадковий відбір порівняно великої кількості одиниць спостереження з генеральної сукупності або з її підгруп. Перевагою такого відбору є те, що ймовірність потрапляння до вибірки кожного елемента генеральної сукупності є однаковою.

- систематична вибірка – така вибірка, в якій одиниці спостереження відбираються через певний інтервал, наприклад, кожну 10-ту людину (в залежності від кроку вибірки);

- гніздова вибірка – передбачає відбір статистичних груп (гнізд), що досліджуються;

- районована (стратифікована) вибірка – передбачає етапність вибірки, де на кожному з етапів змінюється одиниця відбору;

- метод «сніжного кому» – полягає в тому, що у респондента (представника цільової групи) запитуються контакти його знайомих, що відповідають вимогам дослідження та можуть взяти в ньому участь.

Надзвичайно важливе значення для вибірки має закон великих чисел, який полягає в тому, що спільна дія великого числа випадкових чинників призводить при деяких досить загальних умовах до результату, майже не залежного від випадку. Наприклад, якщо зі всього населення випадковим чином відібрати 1200 осіб, то частка людей серед них, які страждатимуть від серцево-судинних захворювань, буде приблизно такою ж, як і в генеральній сукупності (серед усього населення). Але головною умовою тут є випадковий відбір. Важливе значення вибіркові дослідження мають для епідеміології, наприклад, для визначення кількості людей, що хворіють або перенесли захворювання, спричинене конкретною вірусною інфекцією. За допомогою соціологічних процедур можуть відбиратися люди, для проходження медичного тестування на вірусоносійство. Застосування соціологічних процедур формування вибірки може давати більш точний результат, ніж при тестуванні методом «авторекрутингу», який передбачає тестування лише бажаючих та не дає уявлень про поширення хвороби у різних соціальних групах. При цьому, рекрутинг людей для тестування на основі вибіркового методу дає змогу зрозуміти поведінку різних соціальних груп відносно деяких аспектів здоров'я. Цей приклад вказує на те, що дослідження в області здоров'я відбуваються також за допомогою поєднання соціологічних та медичних методів;

2) вибір та обґрунтування методів збору первинної соціологічної інформації. В розпорядженні соціології є велика кількість методів збору первинної соціологічної інформації (не узагальненої інформації, наприклад, сукупність відповідей на анкетні питання), але вибір конкретного методу залежить від багатьох чинників (дослідницькі завдання, доступність респондентів, наявність ресурсів та ін.), тому варто враховувати велику кількість аспектів, до яких належать: по-перше, оперативність та економічність, але без шкоди якості отримуваної інформації; по-друге, кожен з методів має свій пізнавальний потенціал (можливість отримувати необхідну інформацію в конкретній дослідницькій ситуації); по-третє, якість отримуваної інформації залежить від того, наскільки правильно використовується той чи інший метод.

Вибір методу збору інформації залежить від багатьох факторів, головними з яких є завдання дослідження, умови його проведення, наявні ресурси (фінансові, організаційні, кадрові). Наприклад, для дослідження дистресу в умовах карантину використовувалось онлайн опитування, так як інші методи, приклад інтерв'ю face-toface з об'єктивних причин були недоступними.

Для забору первинної соціологічної інформації використовується досить багато методів. Але до основних належать такі:

1. Метод опитування, полягає у безпосередньому зверненні до групи людей, що досліджується, з метою з'ясування їх думок і поглядів стосовно здоров'я, а також способів поведінки в різних ситуаціях, пов'язаних із здоров'ям.

Метод опитування у свою чергу має дві основні форми: анкетування та інтерв'ю (усна бесіда). Інтерв'ю бувають різних видів: *структуроване* (із чітким набором питань), *неструктуроване* (питання є більше орієнтуючими та мають на меті тримати респондента у визначених межах дослідницької теми). До неструктурованого інтерв'ю належить і *нарративне* інтерв'ю, що відбувається у формі вільної розповіді. Інтерв'юер обмежує своє втручання у розповідь лише орієнтуючими питаннями, які можуть бути попередньо сформульованими (гайд інтерв'ю).

До окремого виду опитування відносять експертне опитування, що передбачає відбір носіїв актуальної для дослідника інформації в певній галузі життєдіяльності (експертів), на основі опитування яких відбувається оцінка ситуації. В якості експертів в соціологічних дослідженнях проблем здоров'я можуть належати, наприклад, лікарі.

Ключовим інструментарієм опитування є соціологічна анкета, яка представляє документ, що містить логічно пов'язані питання, що формулюються у відповідності до дослідницьких завдань та гіпотез дослідження.

Основними принципами складання анкет є такі:

- при побудові анкети повинні враховуватись психологічні особливості сприйняття, а не тільки логіка дослідження;



- респонденти відрізняються за рівнем культурного, соціального досвіду, освіти та інших аспектів, які повинні бути враховані при формулюванні анкетних питань;

- розташування питань повинне відображати аналітичне сходження від конкретного до абстрактного;

- обсяг смислових блоків анкети повинні бути приблизно однаковими;

- анкета повинна починатися із простих питань. Поступово питання ускладнюються, потім знову знижується і підвищується (за потреби) на завершенні анкети.

При розробці соціологічної анкети дослідник стикається із видовим різноманіттям питань, які розрізняються:

*за цілями:*

– основні;

– контрольні (служать для перевірки щирості, несуперечливості і послідовності відповідей респондента);

– питання-фільтри (використовуються для отримання додаткової інформації про респондента – зазвичай, про ступінь компетентності);

*за психологічною ознакою:*

– прямі,

– непрямі (задаються, якщо висока ймовірність, що респондент не захоче відповідати прямо),

– буферні (готують до переходу від однієї теми до іншої),

– контактні (спрямовані на встановлення інтересу до дослідження).

*за відкритістю:*

– відкриті (без варіантів відповіді),

– закриті (пропонуються альтернативи для відповіді),

– напівзакриті (питання з альтернативами, але з можливістю висловити власну думку або варіант, що не включений в перелік).

2. Соціологічне спостереження – соціологічний метод, що полягає у зборі інформації без втручання у взаємодію людей, які вивчаються. Спостереження поділяється на: *включене* (дослідник знаходиться в середовищі, де має місце спостережуване явище; *невключене* (дослідник спостерігає зі

сторони). Також виділяють *приховане* спостереження (люди, за якими здійснюється спостереження не знають про спостерігача). Приховане спостереження використовується для того, що уникнути *ефекту спостереження*, коли люди, знаючи, що за ними спостерігають, можуть контролювати свою поведінку. Також спостереження поділяється *польове* (відбувається в природних умовах) та лабораторне (умови середовища та досліджувана ситуація визначаються дослідником). Крім цього, за регулярністю спостереження поділяються на *систематичне* (здійснюється регулярно, впродовж визначеного часу) – дозволяє виявити динаміку; *випадкове* (відбувається не заплановано). Наприклад, дослідник не заплановано може спостерігати за дотримання санітарних рекомендацій відвідувачів супермаркету.

Соціологічне спостереження відбувається у відповідності до ключових правил його проведення: наявність засобів фіксації (аудіо, відео, фото фіксація, картка спостереження – документ, в якому фіксуються спостережувані події, що мають значення для дослідження), систематичність спостереження.

3. Соціологічний експеримент – метод, який полягає у зборі інформації в штучно створених та контрольованих умовах. Експеримент поділяється на *натурний* – передбачає втручання дослідника у природний хід подій та *уявний* – полягає в тому, що експериментатор оперує не об'єктами, а інформацією про них.

4. Аналіз документів – це метод збору первинних даних, при головним джерелом інформації є документи. Аналіз документів може бути кількісний і якісний (контент-аналіз). Наприклад, аналізуватися можуть історії хвороб та інші клінічні документи. Але метод аналізу документів стосується не тільки текстової інформації. Він також застосовується для вивчення аудіальної та візуальної (відео, фото) інформації.

Для сучасних соціологічних досліджень все більше значення набуває мережа Інтернет, де накопичуються величезні текстові масиви, які відносять до категорії Великих даних (Big Data). Одним з напрямків аналітики Big Data сьогодні стає API-соціологія. Вона передбачає можливість проведення досліджень

та інтерпретацію результатів на основі аналізу відкритих текстів Інтернету методом збору ключових слів через API-доступ (Application Programming Interface) до сховищ даних пошукових систем систем. Чисельність тих чи інших ключових слів відображає різні аспекти реакції людей: психологічну, стресову, рекламну, ринкову, соціальну, політичну та ін. Написавши спеціальний код можна отримати масив спеціалізований інформації, який можна досліджувати з позиції соціології. Наприклад, дані про кількість і характер пошукових запитів людей з питань здоров'я і хвороби, довіри до медицини і т. п. [54].

Результати соціологічного дослідження відображаються у *звіті дослідження*, який є документом, що включає опис дослідження, його результати, висновки та практичні рекомендації, що розробляються на їх основі.

Варто відзначити, що складність соціальної реальності, в тому числі в аспекті здоров'я, часто не дозволяє обмежитись одним методом збору інформації. Дослідникам все частіше доводиться використовувати комплекс методів для дослідження суспільства.

Особливе місце в соціологічних дослідженнях в області здоров'я займає вивчення самооцінки (суб'єктивної оцінки) здоров'я. Об'єктивне та суб'єктивне в житті індивіда та суспільства є складною соціологічною соціально-філософською проблемою. Але розуміння того, як співвідноситься об'єктивне та суб'єктивне в індивідуальному та суспільному бутті є необхідним для соціологічного аналізу соціальних аспектів здоров'я.

Категорії «суб'єктивне» і «об'єктивне» – це парні категорії, співвідносність, взаємозалежність та взаємозумовленість яких зберігається незалежно від того, в якому значенні вони виступають при вирішенні конкретних соціологічних проблем.

«Суб'єктивне» і «об'єктивне» вживаються в різних значеннях [43, с. 37]:

1) «об'єктивне» можна розуміти як те, що належить об'єкту, а «суб'єктивне» – як то, що належить суб'єкту. При такому розумінні «об'єктивне» може включати в себе як

матеріальне, так і ідеальне, бо об'єктом (вивчення, наприклад) може виступати не тільки природа, а й людське суспільство, і індивід, наділений свідомістю, і навіть окремо взяті прояви людської свідомості. «Суб'єктивне» в такому разі може також включати як матеріальне, так і ідеальне, бо суб'єкт сам має дві сторони (наприклад, індивід, як учасник соціальних відносин): і матеріальну, так як він є носієм пізнання і практичної дії, і ідеальну, оскільки він наділений свідомістю.

2) категорії «об'єктивне» та «суб'єктивне» можуть утворювати синонімічні пари: «об'єктивне – матеріальне», «суб'єктивне – ідеальне». При цьому об'єктивним вважається те, що знаходиться поза і незалежно від нашої свідомості: матеріальний світ, природа і суспільство як частина природи з усіма його матеріальними атрибутами, людина як матеріальний носій відбивної здатності, результати матеріалізації відображення. В цьому випадку «ідеальне» виступає в якості протилежності «об'єктивного». «Ідеальне» в такому разі розуміється як те, що притаманне людській свідомості, що включається в зміст свідомості: відчуття, сприйняття, уявлення, поняття людини, її почуття і воля, тобто все те, що існує у внутрішньому ідеальному світі людини. Але внутрішній світ людини є ідеальним відображенням об'єктивної соціальної дійсності, багато в чому нею зумовлений;

3) категорія «об'єктивне» означає властивість наших уявлень і понять володіти об'єктивною істиною, тобто таким змістом, який адекватно відтворює об'єкт і, тим самим, не залежить від суб'єкта, не залежить ні від людини, ні від людства;

4) «суб'єктивне» означає активність суб'єкта пізнання. А об'єкт пізнання в зв'язку з цим виступає як щось пасивне, яке протидіє прагненню суб'єкта отримати адекватне, повне знання про об'єкт.

Як бачимо, об'єктивне і суб'єктивне є взаємопов'язаними. Відповідно до проблематики здоров'я це означає, що об'єктивні умови життя індивіда (доступність та якість медичних послуг, політика держави в області охорони здоров'я, екологічна обстановка, санітарний стан території проживання, загальна ситуація із захворюваністю та ін.)

визначають і внутрішнє переживання не тільки власного здоров'я, але й оцінки, що стосуються системи охорони здоров'я.

В цьому і виявляється важливість для соціології самооцінка здоров'я індивідом чи групою. Але такі дослідження мають свою специфіку, яка полягає у першу чергу у суб'єктивності оцінок, що дають респонденти на запропоновані питання дослідження. Так, на оцінки респондентів в соціологічних дослідженнях проблем здоров'я впливає комплекс факторів, до яких належать, зокрема, такі:

- психологічні особливості респондента та його психічний стан: ступінь тривожності, оптимістичність або песимістичність, переживання стресу в момент опитування;

- стан здоров'я оточуючих, особливо близьких людей;

- частота і тяжкість захворювань, перенесених респондентом в останній час;

- самопочуття в момент опитування (респондент, що нездужає, схильний, наприклад, занижувати загальні оцінки здоров'я та проявляти більшу тривогу щодо небезпеки захворюти);

- загальна задоволеність медичним обслуговуванням;

- стан навколишнього середовища;

- рівень поінформованості про результати медичного обстеження.

Тому, сучасні соціологічні дослідження самооцінки власного здоров'я демонструють, що на самооцінку впливає велика кількість факторів: соціальних, демографічних, вікових, економічних. Так найбільш яскраво проявляється залежність віку та оцінки свого здоров'я: із збільшенням віку зростає ймовірність самооцінки здоров'я як поганого. Також чоловіки схильні оцінювати своє здоров'я краще, ніж жінки. На самооцінку здоров'я впливає і матеріальний стан, адже вищий рівень добробуту забезпечує кращі можливості для турботи про власне здоров'я: як профілактики захворювань, так і лікування. Тому групи із відносно високим матеріальним забезпеченням почуваються більш здоровими, ніж групи із низьким рівнем доходу. Крім цього, на оцінку свого здоров'я впливає і місце

проживання. Так міські жителі можуть оцінювати своє здоров'я вище, ніж жителі сільської місцевості.

Таким чином, вимірювання самооцінки здоров'я відбувається із залученням інших соціальних характеристик респондента (територія проживання, освіта, рівень добробуту), що дозволяє порівнювати різні групи населення. Загальна ж самооцінка здоров'я є важливим індикатором розвитку суспільства, його актуального соціально-економічного становища, що повинно враховуватись при формуванні та здійсненні політики держави у сфері охорони здоров'я.

Ще одним прикладом та важливим методологічним інструментом дослідження проблем охорони здоров'я на основі суб'єктивних оцінок в нашій країні є «Індекс Здоров'я. Україна», який має на меті визначити рівень задоволеності громадян медичною допомогою. Крім цього індекс дозволяє вивчати поведінку людей в ситуаціях, пов'язаних із їх здоров'ям. І хоча, задоволеність медичною допомогою є суб'єктивною оцінкою, вона має велике значення для управління системою охорони здоров'я, зокрема, при її реформуванні.

Важливе значення для соціології здоров'я є вимірювання індексу регіонального людського розвитку. І хоча цей індекс застосовується здебільшого в демографічних дослідженнях, дані, які отримуються з його допомогою, відіграють надзвичайно важливу роль для соціологічного розуміння проблем суспільного здоров'я, адже за його допомогою здійснюється систематичне відслідковування динаміки базових для суспільного здоров'я факторів: освіти, зайнятості, умов праці та проживання, добробуту, стану психічного здоров'я та ін.

Індекс регіонального людського розвитку (ІРЛР) – це інтегральний показник, який характеризує досягнення регіонів України в області людського розвитку. Індекс складається із 33 показників, що об'єднані у логічні блоки (субіндекси):

*1. Відтворення населення.* Цей субіндекс включає такі показники:

- сумарний коефіцієнт народжуваності: характеризує середнє число дітей, яких народжує одна жінка за весь

дітородний період (для простого відтворення населення одна жінка повинна народжувати в середньому 2,10–2,15 дитини);

- дитяча смертність (смертність дітей у віці до 5 років): характеризує рівень дитячої смертності та вимірюється ймовірністю померти до досягнення 5 років, є показником впливів медико-демографічного й соціального благополуччя в країні;

- середня очікувана тривалість життя при народженні: показує число років, які проживе новонароджений/а за умови, якщо протягом його/її життя у кожній віковій групі інтенсивність смертності залишатиметься такою ж, як у рік народження;

- ймовірність чоловіків / жінок дожити від 20 до 65 років. Показує ймовірність дожити до 65 років для 20 річної особи, тобто ймовірність для неї повністю прожити цей (трудоактивний) період життя; залежить від широкого кола факторів, серед яких провідними є фактори способу життя та умов життя і праці, і характеризує загальну ситуацію з життєзбереженням поколінь людей у найбільш продуктивному віці.

2. *Соціальне становище.* Складовими цього блоку є стан суспільного здоров'я, соціальне самопочуття, соціальна напруга та безпека. Соціальні фактори, що вивчаються за допомогою цього субіндексу мають велике значення для стану фізичного, духовного та психічного здоров'я. Соціальне становище включає такі показники:

- коефіцієнт злочинності (кількість зареєстрованих злочинів на 100 тис. населення). Характеризує загальну криміногенну ситуацію;

- кількість хворих із вперше встановленим діагнозом активного туберкульозу (на 100 тис. населення). Характеризує інтенсивність розгортання епідемії туберкульозу та ефективність протидії її розповсюдженню;

- кількість хворих із вперше встановленим діагнозом алкоголізму і алкогольних психозів, розладу психіки та поведінки внаслідок вживання наркотиків та інших психоактивних речовин (на 100 тис. населення). Характеризує інтенсивність розповсюдженості захворюваності, обумовленої

вживанням психоактивних речовин (до яких належить і алкоголь). Слугує також однією з загальних характеристик психічного стану населення;

- кількість дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (на 100 тис. дітей у віці 0-17 років) Характеризує поширеність соціального сирітства та, певною мірою, ефективність дії соціальних програм щодо його зменшення;

- коефіцієнт підліткової народжуваності (кількість дітей, народжених дівчатами у віці 15-17 років, на 10 тис. дівчат відповідного віку). Характеризує рівень підліткової народжуваності, яка становить певні загрози здоров'ю дитини та матері, призводить до проблем (затримки) соціальної адаптації дівчат і догляду та виховання дітей;

- кількість померлих від навмисного самоушкодження (на 100 тис. населення). Характеризує психічне здоров'я населення.

*3. Комфортне життя.* Завдяки цьому субіндексу оцінюється якість середовища проживання людини: екологічний стан, розвиток соціальної інфраструктури, житлові умови та інші аспекти, які впливають на психічне та фізичне здоров'я людини. Цей субіндекс включає такі показники:

- забезпеченість житлом у міських поселеннях (загальна площа на 1 особу), кв. м. Характеризує комфортність проживання в аспекті забезпеченості житловою площею;

- питома вага квартир (одноквартирних будинків), обладнаних централізованою каналізацією та водовідведенням у сільській місцевості;

- питома вага квартир (одноквартирних будинків), обладнаних централізованим газопостачанням або підлоговою електроплитою у сільській місцевості, Характеризують комфортність проживання в аспекті обладнання квартир базовими зручностями;

- інтегральний показник стану навколишнього середовища. Характеризує комфортність проживання стосовно стану навколишнього природного середовища; являє інтегровану оцінку показників стану земельних ресурсів, водних ресурсів та атмосферного повітря;



- планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів (на 10 тис. населення) Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів характеризується числом відвідувань у зміну лікарських закладів (поліклініки, амбулаторії, диспансери, поліклінічні відділення лікарняних закладів, лікарські пункти охорони здоров'я тощо), що надають відповідну медичну допомогу населенню. Характеризує доступність медичних послуг;

- обсяг реалізованих населенню послуг (на 1 особу). Показує обсяги спожитих населенням соціальних і соціально-побутових послуг (за винятком торгівлі та ресторанного господарства).

4. *Добробут.* Цей субіндекс дозволяє оцінити матеріальне забезпечення людини. Зокрема, мова йдеться про рівень бідності, який має одне з визначальних впливів на можливості збереження фізичного та психічного здоров'я. Бідність нерозривно пов'язана з низькою тривалістю життя, низькою освіченістю, що визначають життєві шанси та впливають на психічні відхилення. Субіндекс добробуту включає:

- рівень бідності за відносним критерієм (питома вага населення, чії еквівалентні сукупні витрати не перевищують 75% медіанного рівня). Характеризує рівень бідності населення.

- питома вага домогосподарств, які робили заощадження або купували нерухомість. Характеризує рівень добробуту населення, тому що робити заощадження або купувати нерухомість можуть собі дозволити члени домогосподарств, які задовольнили свої базові потреби щодо харчування, забезпечення умов проживання тощо;

- кількість мінімальних продуктових кошиків, які можна придбати на середньодушовий дохід. Характеристика рівня добробуту щодо можливості забезпечення продовольчими товарами.

- валовий регіональний продукт (на 1 особу). Характеризує кінцевий результат виробничої діяльності економічних одиниць-резидентів у сфері матеріального і нематеріального виробництва; є одним з найважливіших

показників розвитку економіки регіону і відповідно підґрунтя добробуту населення.

- питома вага домогосподарств, які мають всі товари тривалого користування базового набору (телевізор, холодильник, пральна машина). Показує питому вагу домогосподарств, які досягли рівня комфортності життя (в частині побуту), що склався в Україні.

5. *Гідна праця*. Одним із основних показників людського розвитку є зайнятість, яка є основною формою економічної активності та засобом забезпечення добробуту. Але зайнятість характеризується не тільки станом ринку праці, але й умовами праці, в тому числі санітарно-гігієнічними, захищеністю працівників. До складу цього субіндексу входять такі показники:

- рівень зайнятості населення (частка зайнятих серед населення 18-65 років). Характеризує рівень доступу населення до даної форми самореалізації та доходу в регіоні;

- рівень безробіття (частка безробітних серед населення 18-65 років). Характеризує можливості задоволення пропозиції робочої сили, вказує на рівень реалізації трудового потенціалу та ступінь проблематичності включення до відносин зайнятості;

- частка працівників, які отримують зарплату менше 1,5 прожиткових мінімумів. Показує відсоток працівників підприємств, установ та організацій, заробітну плату яких з урахуванням кількості членів домогосподарств можна вважати недостатньою для простого фізичного відтворення;

- частка працівників, які працюють в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам. Характеризує стан безпеки, гігієни та сприятливих умов праці працівників підприємств, установ та організацій, які безпосередньо впливають на можливості самореалізації людини та збереження її здоров'я;

- співвідношення середньої та мінімальної заробітної плати. Показує у скільки разів регіональна середньомісячна заробітна плата перевищує мінімальну і, таким чином, характеризує відносний рівень стимулюючої і відтворювальної функції доходів від праці в регіоні; розраховується як

відношення регіональної середньомісячної заробітної плати до офіційної мінімальної;

- рівень охоплення соціальним страхуванням (частка застрахованих осіб у зайнятому населенні). Характеризує як рівень охоплення соціальним захистом працюючого населення регіону, так і рівень публічності та юридичної захищеності зайнятості.

*б. Рівень освіти населення.* Освіта не тільки є одним із базових соціальних благ, яке впливає на життєві шанси. Освіта також впливає на поінформованість у сфері здоров'я та медицини та є основою відповідального відношення до власного здоров'я. Субіндекс включає такі показники:

- чистий показник охоплення дошкільними навчальними закладами дітей віком 3-5 років. Характеризує рівень соціалізації дошкільнят, що сприяє їх фізичному та психічному розвитку, надає досвід спілкування, забезпечує вироблення умінь, навичок, необхідних для подальшого навчання;

- охоплення загальною середньою освітою дітей шкільного віку (6-18 років). Показує рівень виконання державою гарантії на отримання дітьми повної середньої освіти, характеризує загальний розвиток дітей, їх здатність до професійного самовизначення та подальшого розвитку;

- частка осіб із освітою не нижче рівня «базова вища» серед населення 25 років і старше. Характеризує рівень професійно-кваліфікаційної підготовки населення, є важливою складовою людського розвитку;

- середня тривалість навчання осіб віком 25 років і старше. Найбільш узагальнена характеристика освітньої складової людського розвитку;

- середній бал за результатами зовнішнього незалежного оцінювання (по всіх предметах) Характеризує загальний рівень якості шкільної освіти.

*Резюме.* Програма соціологічного дослідження в області здоров'я – відбиває універсальну логіку наукового дослідження. Вона є науковим документом, в якому викладені теоретичні та методологічні засади соціологічного дослідження. Вона складається із таких елементів:

I. *Методологічний розділ*, який включає:

- 1) формулювання проблеми;
- 2) мету та завдання дослідження;
- 3) визначення об'єкта та предмета дослідження;
- 4) теоретичну та емпіричну інтерпретацію основних понять дослідження;
- 5) попередній системний аналіз об'єкта дослідження.

II. *Процедурний розділ*, який включає:

- 1) визначення та обчислення вибіркової сукупності;
- 2) вибір та обґрунтування методів збору первинної соціологічної інформації.

Результати соціологічного дослідження відображені в аналітичному звіті, який включає програму соціологічного дослідження, з описанням її розділів, висновки дослідження, на основі яких розробляються практичні рекомендації. Крім цього звіт включає дані дослідження, що відображені у таблицях та графіках.

Надзвичайно важливе значення для соціології має вимірювання самооцінки здоров'я, оцінки доступності та якості медичних послуг, які здійснюються із врахуванням різних соціально-демографічних характеристик респондента, а також із застосуванням спеціальних соціологічних індексів. Такі дослідження дозволяють розуміти рівень благополуччя суспільства та розвитку системи охорони здоров'я. Для розуміння стану суспільного здоров'я та рівня людського розвитку важливим є вимірювання Індексу регіонального людського розвитку.

*Питання для самоконтролю:*

1. Охарактеризуйте структуру програми соціологічного дослідження
2. Поясніть різницю між генеральною та вибірковою сукупностями
3. Сформулюйте визначення *самооцінки здоров'я*
4. Назвіть субіндекси ІРЛР, що найбільше стосуються здоров'я

## РОЗДІЛ II. ПАНДЕМІЯ ТА ЕПІДЕМІЯ В ДЗЕРКАЛІ СОЦІОЛОГІЇ

### § 2.1. Пандемія та епідемія як соціальні явища

Пандемія та епідемія, як й інші екстремальні події, що потребують оперативного управлінського втручання суттєво змінюють звичний уклад життя і характер соціального контролю, форм солідарності та колективної дії в умовах загрози, впливають на функціонування ключових соціальних інститутів. Глибина та складність соціальних змін, що відбуваються в кризових ситуаціях масового зараження (небезпеки масового зараження) потребують прискіпливого пояснення тобто соціологічного теоретизування епідемії. У цьому контексті варто відмітити, що знання соціальних факторів та наслідків епідемії залишається фрагментарним та неповним. Але сьогодні, особливо у світлі пандемії COVID-19, загострення екологічних проблем, ослаблення національних систем охорони здоров'я, все більш очевидною стає необхідність вироблення цілісної соціологічної теорії епідемій. Саме соціологія повинна включатись в осмислення причин масових заражень у сучасному світі, осмислюючи практику людей відносно здоров'я, відношення до зовнішнього середовища і взаємодії із природою як середовищем свого існування, зокрема, із тваринним світом, в контексті міжвидової передачі захворювань.

Перш ніж розглядати наявні в соціології теоретичні осмислення пандемії та епідемії варто визначитись із термінами та їх використанням. Так, пандемія (від грец. παν «пан» – увесь + грец. δῆμος «демос» – народ) за визначенням ВООЗ – «це розповсюдження нового захворювання в світових масштабах» [114]. Епідемія (від грец. ἐπί – «серед» і грец. δῆμος – «народ») масове розповсюдження інфекційного або паразитарного захворювання серед населення. Тобто, про епідемію кажуть тоді, коли відбувається масова захворюваність на певній території: регіоні, країні. Під пандемією мається на увазі глобальний масштаб поширення хвороби. Таким чином,

стосовно окремих країн ми використовуватимо термін «епідемія», стосовно міжнародного рівня – «пандемія».

Наразі дуже мало соціологів намагались вивчати окремо епідемії. Пандемія ж як особливе соціальне явище фактично залишається поза увагою соціологічного теоретизування. До того ж соціологічне осмислення епідемії відбувається в основному в контексті вивчення суспільного здоров'я. Але, знову ж таки, сьогодні виникли умови для вивчення епідемії як самостійного об'єкта соціологічної рефлексії.

Хоча пандемії та епідемії не є новими явищами, все ж історія їх вивчення значно коротша. Так, у ХХ ст. частково проблеми епідемії зачіпав австрійський філософ Айван Ілліч. Він вважав, що лікарі мало впливають на розвиток епідемічного процесу, іронічно порівнюючи цей вплив із впливом священників.

Згідно поглядам А. Ілліча, лікарі переконали широку громадськість у своїй спроможності діагностувати і лікувати хвороби. Але хвороби й епідемії більше зумовлені соціальними факторами, до яких відносяться такі, як раціон харчування, умови роботи, житлові умови і гігієна. Одуjuanня і попередження хвороб залежить від поліпшення соціальних умов. При цьому індивідуальні тактики боротьби із захворюваннями (охайність, розмірений спосіб життя) дозволяють людині пристосуватися до мінливої структури хвороб [54].

Під час епідемії, небезпеки для здоров'я та життя як правило зростає роль держави, актуалізуються її контролюючі функції над поведінкою індивідів. Тотальність держави як умова успішного антикризового управління в таких умовах загрожує перерости у тоталітарність. У цьому контексті велике значення мають роботи М. Фуко, чий погляд під час пандемії COVID-19 стали надзвичайно актуальними для осмислення зміни ролі держави в управлінні суспільством. Це і не дивно, адже Фуко створив оригінальну концепцію панування, в якій особливе місце займає здоров'я та система медицини.

Фуко, в контексті того як вибудовувалися сучасні системи контролю та панування велике значення приділяє технології державного втручання в життя індивідів під час

епідемії. Зокрема, стосовно епідемії в Парижі у XVII ст. Фуко пише: «Перше, що треба зробити, – запровадити жорсткий поділ простору: закрити місто та його віддалені райони, заборонити покидати місто під страхом смертної кари, знищити всіх бездомних тварин; запровадити поділ міста на чітко визначені квартали, кожен з яких має управлятись призначеним інтендантом. Спеціально уповноважена особа є відповідальною за певну, визначену вулицю, ця ж особа тримає її/вулицю під наглядом і контролює її; якщо вона покидає вулицю, її буде засуджено до смерті. Від призначеного дня, всі повинні залишатись вдома: виходити з помешкання заборонено, карасться смертю... Якщо є нагальна необхідність вийти з будинку, це має робитись за уникнення будь-яких контактів. Лише інтенданти, уповноважені та охоронці можуть пересуватись вулицями, а також — між зараженими будинками. ... На кожному вході і виході до міста встановлюється пост контролю. ... Цей нагляд базується на системі постійної реєстрації: рапорти від уповноважених до інтендантів, від інтендантів до магістратів і далі до мера. ... Так здійснюється тотальний контроль за хворими, живими і мертвими, безперервний зв'язок центру і периферії, ... кожний індивідуум постійно локалізується, перевіряється і розподіляється далі по ланцюжку – так працює компактна модель дисциплінарного механізму» [127]. Але Фуко не розглядає епідемію як самостійне явище. Його цікавить становлення сучасних форм контролю, де медицина відіграє особливу роль. Вона стає владним інструментом в руках держави. Медицина формує дискурс здоров'я, вона отримує доступ до тіла людини і до інформації про неї. У цьому контексті Фуко цікавить медицина як контролюючий інститут, а не епідемія як соціально-медичне явище. Епідемія стає певним фоном відносин держави із суспільством.

Також цікаві ідеї стосовно того, яке місце мають зайняти у суспільстві «нелюдські об'єкти», зокрема віруси, висловлював Бруно Латур. Він пропонує програму побудови «спільного світу», в якому нелюдські актори беруть участь на рівних з людьми. Віруси, наприклад, включаються в існування суспільства, отримуючи мову через посередництво лікарів,

вірусологів. Латур вказує на необхідності «повернення до Землі», включення природи до спільного існування з людиною. Екологічний скептицизм, що має під собою ринкову ідеологічну основу, стає перешкодою до подолання екологічної катастрофи, розділеного існування людини і природи. Звичайно, що погіршення екологічної ситуації, як наслідок виключення природи із існування людини збільшує ризики й епідемії.

Досить продуктивним для соціологічного теоретизування є описання поширення вірусу SARS в Азії на початку 2000-х років соціологом Петером Бером з університету Ліннань у Гонконзі. На сьогодні це одна з найповніших праць стосовно епідемії та зміни соціального життя в кризових епідемічних ситуаціях. Його інтерес фокусується на тому, як влаштоване життя на територіях, де виникають спалахи хвороби. Основною концептуальною рамкою для цього розгляду Бер використовує категорію класичної соціології «спільноти долі». Бер, нагадує, що з часів соціологічної класики, зокрема робіт, Дюркгайма і Мосса, стало зрозуміло, що соціальні інститути розкриваються під тиском кризових обставин. Спільноти долі народжуються із таких обставин, встановлюючи такий спосіб життя, який не міг проявитися у звичайних умовах.

До основних характеристик належать їх локальність, матеріальна та символічна пов'язаність, а також здатність до колективних дій. Спільноти долі пов'язані із ще однією важливою ознакою, яка проявляється в кризових обставинах: це злам повсякденності, який ділить суспільне життя на періоди «до» та «після». Стосовно спільнот, що опинилися у складних обставинах Бер використовує слово «Fate» (доля, фатум), тому не дивно і те, що доля для Бера – це перш за все загроза, виклик, надзвичайність обставин, які вимагають колективної відповіді. Ізольовані карантинні міста і території - це приклади спільнот долі. У подібну спільноту у 2003 році епідемія атипової пневмонії (SARS) навесні 2003 року перетворила Гонконг.

Бер визначає сім умов, що уможливають виникнення спільноти долі:

1. *Розпізнавання спільної загрози.* Як не дивно, але спільна загроза не завжди розпізнається колективно. Однією з причин цього є провал комунікації. Так, у Гонконзі, після



перших випадків захворювання на атипову пневмонію, попри заяви влади тривога розповсюдилась завдяки місцевому університету. Регулярна публікація статистики смертей в ЗМІ змусила владу визнати епідемію. Наслідком цього став запроваджений карантин та ізоляція міста.

2. *Моральна щільність.* Цей концепт Баер адаптує під свій опис. Він вказує на те, як люди, що вийшли з карантину потрапляли в соціальну ізоляцію (з ними боялися спілкуватися навіть їхні рідні). Подібний феномен був досить поширеним і під час пандемії COVID-19. В розумінні Бера моральна щільність вказує на віру людей в спільність долі з іншими людьми, а також на феномен емоційного зараження, в результаті якого такі почуття, як страх і тривога пронизують життя спільноти.

3. *Тривалість випробування.* Спільнота долі не формується під дією короткочасних шоківих подій. Для цього кризові обставини повинні бути досить тривалими у часі. Події, що відбуваються одна за одною впродовж певного часу повинні «згущувати» повсякденність, надавати повідомленням, що пов'язані з новими спалахами захворювання, поширенням епідемії на інші території (наприклад, нові райони міста чи області) екзистенціального забарвлення. Випробування, які тривають довго формують нову реальність, вони перестають бути випадковими та вимагають прийняття своєї «невідворотності».

4. *Ізоляція.* На прикладі Гонконгу Бер розуміє, що ізоляція – це не тільки формальні обмеження, але й соціальний остракізм, який виявився, зокрема, у страху родичів, що живуть поза Гонконгом, приймати у себе небезпечних біженців (приклад такого страху ми спостерігали на прикладі перших евакуйованих з Китаю українців, яких розмістили в Нових Санжарах). Великі американські університети після початку епідемії усувають гонконгських студентів від участі у виїзних школах і церемоніях видачі дипломів. Подібним чином реагували й організатори міжнародних виставок, форумів, обмежуючи участь гостей з Гонконгу.

5. *Матеріальні та організаційні ресурси, які можуть бути використані спільнотою для опору загрозі.* У спільнотах

долі колективна відповідь загрози схожа на організацію спільної оборони в осаджених містах. Для такої організації надзвичайно важливе значення мають ті ресурси, які можуть бути використані для забезпечення індивідуальної та колективної безпеки.

6. *Вісі конвергенції*. Конвергенція в соціологічному смислі є процесом згладження протиріч, зближення соціальних груп навколо певних спільних інтересів. Але для її виникнення мають бути виконані деякі умови, інакше загроза може навпаки загострити існуючі протиріччя, наприклад, етнічні чи економічні. Тому Бер має на увазі культурні підстави колективної мобілізації, до яких відносяться у першу чергу спільність мови і групова ідентичність. Так, порівнюючи епідемію в Гонконзі з епідемією віспи в Монреалі (1885 р.), Бер відзначає: «... на відміну від Гонконгу епідемія в Монреалі лише загострила існуючі раніше протиріччя. Місто тут же поділося за ознакою етнічності (англійці і ірландці vs. французи), віросповідання (протестанти vs. католики), мови (англофони vs. франкофони) і території (Іст-енд vs. Вест-енд)» [121, с. 147]. У Гонконзі ж існувала потужна міська ідентичність, коли більшість бжителів ідентифікували себе або як «гонконгських китайців», або як «гонконгців» і лише чверть як «китайців».

7. *Виникнення особливих соціальних ритуалів, механізмів підтримки і солідаризації*. Серед них Бер особливо виділяє один - носіння медичних масок в публічних місцях. Маска під час епідемії стає і свого роду маркером соціальної солідарності і спільності долі в умовах загрози. Тому, важливе значення для виникнення спільноти долі має солідаризація населення. Додамо, що в умовах масової ізоляції солідарність знаходить шляхи свого проникнення в практику людей. Так, в Україні, наприклад, виникали спільноти водіїв, що безкоштовно підвозили медиків, або волонтерська робота з допомоги ізольованим літнім людям. Солідарність населення в багатьох країнах стала потужним інструментом боротьби з хворобою поряд із державною політикою протидії епідемії.

Таким чином, спільнота долі в розумінні Бера складається з людей, пов'язаних в єдине ціле, коли виконуються згадані умови.

Важливим для розуміння життя людей в умовах епідемії є мова описання відповідних подій, специфічна метафоризація. Так, центральною метафорою гонконгської епідемії стала метафора війни. Лікарі уподібнюються солдатам на передовій, а хвороба розцінюється як ворог, безвинні жертви якого – це хворі. Жителі міста у такому новому розподілі ролей стають добровольцями, вимушеними об'єднатися заради допомоги бійцям. В Україні під час епідемії COVID-19 стало розповсюдженим порівняння медиків із солдатами української армії в Донбасі, що опинились на «передовій».

«Низові» ініціативи спрямовуються на збирання грошей для медичного обладнання, поширення «правдивої» інформації про загрозу. У Гонконзі, наприклад, була створена карта поширення захворювання, що стало фактором формування специфічної ідентичності, адже попри те, що спалах хвороби був локалізований в одному з районів Гонконгу, вона дозволила сприймати місто як зону потенційного зараження, а всіх громадян як членів єдиної спільноти.

Варто відзначити, що завдяки берівському описанню епідемії ми можемо побачити, що способи реакції на подібні загрози мають досить універсальний характер. Так, виникнення ритуалів та солідаризація мали місце в усіх країнах, в яких діяли жорсткі карантинні режими. Звичайно, що в різних країнах можна було спостерігати певну специфікацію форм солідарної практики та вираження солідарності із групами, що опиняються на передовій боротьби з хворобою. Наприклад, аплодисменти лікарям, колективне ввімкнення автомобільних клаксонів в знак підтримки і подяки медикам, що мало місце, наприклад, у США в 2020 р.

Звичайно, що на прикладі однієї країни, наші уявлення про життя ізольованих територій будуть обмеженими. Все ж, в заслугу Бера треба віднести і те, що його описання гонконгського кейсу дає важливу інформацію про те, як реагують люди на спільну загрозу, як організовується нова повсякденність в екстремальних умовах масового зараження, яку роль відіграють низові ініціативи та поширення правдивої інформації.

Як бачимо, в результаті епідемії спільноти охоплені хворобою змушені жити у специфічних соціальних режимах, основною ознакою яких є зміна ustalених відносин. Ці зміни стосуються відносин на різних рівнях соціальної організації. Такі зміни відбуваються і в звичних порядках соціальних взаємодій, що складаються в межах функціонування окремих соціальних інститутів. Для соціології здоров'я важливим є проблема зміни відносин в соціальному інституті медицини: між лікарем та пацієнтом, як особливому типі соціальних відносин. Ця проблема актуалізується в контексті кризових для системи охорони здоров'я ситуаціях епідемії чи пандемії.

Будь-який порядок соціальних взаємодій заснований на функціонуванні певної ціннісної, нормативної та рольової систем. В соціальному інституті медицини є два ключових суб'єкта взаємодії і відповідних їм ролей: лікар та пацієнт. Сама ця система відносин в соціології здоров'я та соціології медицини є окремим предметом досліджень. Взаємодія лікаря та пацієнта базується на складній системі правил та очікувань. З боку лікаря діє система етичних правил, які регулюють поведінку стосовно пацієнта. Ця система правил та норм отримала назву біомедична етика, яка стала крім цього самостійною системою знань та областю міждисциплінарних досліджень. Соціологію біомедична етика цікавить в контексті того, що вона є перш за все системою соціальних норм, що врегульовують специфічні відносини в системі медицини та охорони здоров'я. І хоча етичні системи вивчаються спеціальними галузями наукового та філософського знання (етика, деонтологія), для соціології етичні норми представляють собою ніщо інше як соціальні конструкти, що виникають у відповідь на потреби суспільної практики.

Загалом, біомедична етика виникає як потреба в гуманізації біології та медицини, а також актуалізації цінностей виживання і захисту прав людини. Сьогодні поряд із біомедичною етикою виділяють ще біоетику та медичну етику:

- біоетика – практична етика, орієнтована на вироблення і встановлення морально-розуміючого ставлення до життя і живого;

- біомедична етика – прикладна етика, предметом якої виступає моральне ставлення суспільства в цілому і професіоналів – медиків і біологів – до людини, її життя, здоров'я, смерті як в процесі лікування, так і в ході проведених з його участю досліджень;

- медична етика – професійна етика, яка сьогодні включає традиційні установки медичної деонтології, але не зводиться до неї, а піднімається на новий рівень осмислення етичних проблем, що виникають в ході медичних маніпуляцій і відносин у системі «лікар-хворий».

Біомедична етика заснована на системі етичних принципів, які регулюють поведінку учасників взаємодії. Серед цих принципів виділяються суб'єкт-суб'єктні принципи, в основі яких лежить рівність та незалежність партнерів, право пацієнта на самовизначення в процесі лікування та обслідування. До принципів цього рівня належать наступні: *автономності, добровільності, інформованості, конфіденційності.*

Наступним рівнем є суб'єкт-об'єктні принципи, де неможливо збереження симетрії партнерів, адже пацієнти, як об'єкти лікування та догляду, потрапляють в залежність від лікарів та медицини. У цьому контексті передбачається зростання відповідальності професіоналів та суспільства за дотримання етичних принципів. До принципів цього рівня належать такі, як: *повага до достоїнства* (передбачає не лише автономність і свободу вибору, але й ті ситуації, коли пацієнт не може самостійно виразити свою волю), *цілісності* (передбачає захист та збереження психофізичної цілісності людини і пов'язаний із такими суперечливим ситуаціям, як втручання в генетичну структуру, маніпуляції із психікою, використання органів та тканин тіла), *справедливість* (полягає у забезпеченні рівноправ'я найбільш вразливих груп в сфері охорони здоров'я та лікування), за цим принципом пов'язаний і принцип *вразливості* (полягає у необхідності особливої опіки та відповідальності медиків стосовно найбільш слабких та залежних).

Суб'єкт-об'єктний рівень етичних принципів ми висвітлили більш детально тому, що в екстремальних умовах він

потрапляє під особливий тиск як раз з огляду об'єктивної нерівності у відносинах між лікарем та пацієнтом. Тому, для соціології актуалізується необхідність вивчення того, як перевантаженість системи охорони здоров'я в умовах масового зараження впливає на «спрацьовування» етичних регуляторів. Пандемія COVID-19 стала фактором актуалізації цієї проблематики не тільки в області медицини, але й соціології.

Багато національних систем охорони здоров'я, зіткнувшись із раптовим перевантаженням змушені були змінити етику у відносинах з пацієнтами, в тому числі з огляду на офіційні рекомендації. Зростання кількості госпіталізованих хворих при дефіцитних ресурсах (просторових, фінансових, технічних та ін.) призводить часто до виникнення феномену «сортування» пацієнтів, коли принципи справедливості, вразливості та рівноправ'я не можуть бути дотримані. Новизна критичної ситуації, коли медикам доводиться робити вибір на користь одних, шкодячи іншим, у соціологічному розумінні означає формування нових поведінкових правил в умовах екстреного перевизначення ситуації. Обмеженість кількості ліжок і необхідної апаратури (наприклад, апаратів штучної вентиляції легень (ШВЛ) призводить до необхідності селекції пацієнтів за шансами виживання або за черговістю звернення за медичною допомогою. Це означає, що нова ситуація змушує професійну спільноту визначати нові критерії відбору пацієнтів, перевизначення таких орієнтирів як правильне чи неправильне, морально виправдане чи ні. В суперечливості нових ситуацій виникають інші фактори нерівності, одним з яких стає сама хвороба. Так, в ситуації пандемії чи епідемії виникає феномен «пріоритетної хвороби», коли місця для лікування пацієнтів із захворюваннями не епідемічними віддаються для лікування тих, хто хворіє на ту недугу, яка набула епідемічних масштабів. При цьому, смертність хвороби може бути другорядним фактором. Наприклад, згідно із розпорядження угорського уряду 60% усіх лікарняних ліжок повинні були призначатись хворим на COVID-19 [129]. Така політика була притаманна й іншим країнам, що намагались уникнути колапсу системи охорони здоров'я.

Ситуації, коли визначені правила поведінки перестають працювати, виникає необхідність іншого обґрунтування вибору поведінки. Ці проблеми відсилають до досліджень поведінки присяжних в етнометодології Г. Гарфінкеля, які демонструють, що в ситуаціях невизначеності та суперечливості велике значення відіграє повсякденний досвід та «здоровий глузд». Отже, етичні норми в сфері медицини, як особливий вид норм соціальних в умовах пандемії чи епідемії потрапляють у залежність від об'єктивних умов життя. Санітарні кризи, пандемії та епідемії сьогодні ставлять питання про спроможність існуючих норм забезпечувати не тільки ефективне функціонування систем охорони здоров'я, але й забезпечення рівноправ'я та справедливості відносно здоров'я для вразливих груп. Зважаючи на загострення існуючих санітарних та кліматичних загроз, ця проблематика все більш актуалізуватиметься, що вимагає сьогодні і розробки певної етики катастроф, яка б регулювала поведінку людей у складних кризових обставинах. Це, звичайно, вимагає в першу чергу і соціологічного обґрунтування.

Важливим для соціології здоров'я питанням у вивченні пандемій та епідемій є прогнозування їх поширення. Може здатись, що прогнозування поширення хвороб належить виключно до предметної області таких наук, як епідеміологія. Але варто розуміти, що поширення хвороб, крім свого природного механізму має і соціальний, адже на розповсюдження, наприклад, вірусного захворювання ключовий вплив має взаємодія між людьми, в результаті якої вірус розповсюджується від людини до людини. Розповсюдження різних соціальних феноменів подібний до механізмів розповсюдження вірусів. До таких феноменів, наприклад, належать комунікативні, такі як мему або чутки. Подібність полягає в тому, що швидкість та масштаби розповсюдження залежать від інтенсивності взаємодії людей та частоти контактів між ними. Тобто, ключовим механізмом зараження (психічного, інформаційного, вірусного) виступає взаємодія, тому процес розповсюдження вірусної інфекції в результаті взаємодії набуває ознак соціального, що робить його об'єктом вивчення соціології.

Одним із ключових методів, що дозволяє соціології вивчати поширення хвороб в епідемічних масштабах є моделювання. Але, все ж, варто зазначити, що соціологічне моделювання епідемій ще перебуває на етапі свого становлення.

В основі методу моделювання лежить створення та вивчення моделей. Модель (з лат. *modulus* – міра, зразок) у соціологічному розумінні – це мисленнєвий або умовний образ соціального об'єкту, соціального явища або процесу, що відтворює у символічній формі їх основні типові властивості. Таким чином, моделювання в соціології – це метод соціологічного пізнання, що полягає у конструюванні та вивченні моделей реальних соціальних об'єктів, явищ і процесів, з метою визначення їх характеристик, управління ними та їх прогнозування.

Моделювання в соціології спирається на ряд основоположних принципів:

- 1) подібність та відповідність реального об'єкта із створеною на його основі моделлю;
- 2) створена модель стає об'єктом дослідження;
- 3) модель є спрощеною формою реального об'єкта;
- 4) знання, що виникає в результаті вивчення моделі застосовується до реального її відповідника із урахуванням існуючих обмежень.

У соціології розрізняється велика кількість моделей, але їх класифікація передбачає виділення таких основних класів:

- 1) матеріальні моделі;
- 2) ідеальні моделі;
- 3) змішані моделі.

Велике поширення у соціології набули моделі ідеальні, які в свою чергу класифікуються наступним чином:

- 1) за обсягом дослідження: моделі соціальної структури суспільства, соціально-демографічних процесів або соціально-політичних процесів;
- 2) за рівнем модельованої системи: мікромоделі та макромоделі;
- 3) по відтворенню різних сторін оригіналу: структурні, функціональні, змішані;



4) за способом відтворення закономірностей і тенденцій розвитку оригіналу: детерміністичні, стохастичні (імовірнісні);

5) за ступенем розвитку системи: моделі з постійною структурою, моделі зі змінною структурою;

6) за місцем у структурі пізнання: пояснювальні, вимірjувальні, прогностичні;

7) за рівнем формалізації: концептуальні моделі, формально-логічні моделі [44].

Також у соціології можна виділяють теоретичні та емпіричні моделі.

Моделювання як евристична (пізнавальна) процедура повторює універсальну логіку соціологічного дослідження та складається з таких етапів:

1) визначення проблемної ситуації, постановка мети та завдань моделювання. На цьому етапі відбувається і обґрунтування необхідності моделювання;

2) системний аналіз об'єкта дослідження, визначення предмета дослідження;

3) побудова концептуальної моделі;

4) конструювання формалізованої моделі;

5) вивчення отриманої моделі;

6) перенесення отриманих знань на об'єкт-оригінал, перевірка ефективності моделі, включення даних знань в систему існуючого знання про об'єкт.

Стосовно епідемій, то моделювання цього процесу розвивалось в основному в межах епідеміології. Але ці моделі представляють інтерес для соціології, адже вони включають не лише медичні фактори, але соціально-демографічні, такі як територіальні особливості розселення, густина населення, мережі соціальних контактів, глобалізація та ін.

Одні з перших спроб моделювання епідемій були пов'язані із моделюванням розповсюдження кору. В ці моделі включались такі фактори, як критична величина спільноти, при якій епідемія зупинялась. Згодом у ці моделі додаються фактори сезонності та просторові аспекти, що дозволяє, порівнювати окремі території та оцінювати зв'язок між переміщеннями людей та спалахами хвороби.

Наступним етапом в еволюції епідеміологічних моделей стала розробка нелінійних та стохастичних моделей, які включали і такі фактори як критичні значення густоти населення, пов'язані із різними значеннями інфекційності, видужувань та смертності. В цих моделях згодом враховуються і фактор інкубаційного періоду хвороби, який впливає на швидкість її розповсюдження.

Важливим в моделюванні епідемій стало застосування мережевого підходу, в межах якого суспільство розглядається як мережа, вузли якої (люди), пов'язані між собою контактами. У цій моделі враховується передача вірусу від носія до здорової людини, а від неї далі через мережу контактів до інших людей. В цих моделях також часто враховується і просторова неоднорідність розселення людей.

У моделях нових епідемій мережевий підхід застосовується для симуляції поширення епідемій із врахування фактору глобалізації та інтенсивного переміщення людей на далекі відстані. Відзначимо, що фактор глобалізації та переміщень став одним із основних для стрімкого поширення COVID-19. В цих моделях також розглядаються і фактори стримування епідемій, такі як вакцинація та дистанціювання. Також ці моделі враховували і такі фактори як стійкість вірусу перед існуючими ліками, його мутація.

Важливим для сучасного прогнозування поширення епідемій є агентне моделювання, яке є імітаційним моделюванням складних децентралізованих систем. В основі такого моделювання лежить уявлення про агентів – активних об'єктів, визначення яких залежить від області застосування моделювання. В моделюванні епідемій та для соціології здоров'я агентом є людина. В модель закладаються параметри поведінки людини, основним з яких є кількість контактів із іншими, переміщення агента. Крім того, такі моделі передбачають розуміння агента (людини) в якості носія певного статусу стосовно хвороби, наприклад: уразливий, інфікований, такий, що хворіє та з набутим імунітетом. За допомогою агентного моделювання поширення епідемій можливо визначити швидкість поширення епідемії та її завершення в залежності від кількості контактів інфікованих із уразливими

людьми. Такі параметри як інкубаційний період хвороби, швидкість видужання інфікованих дозволяють прогнозувати швидкість згасання епідемії за тих чи інших параметрів системи.

Результати такого моделювання показують, що разом зі збільшенням частоти особистих контактів зростає кількість людей, заражених COVID-19. Крім цього, моделювання допомагає розуміти ідеальні умови, за яких епідемія швидко завершується. До таких умов належать оперативне зниження числа особистих контактів, ізоляція й лікування інфікованих. Зниження кількості тісних контактів між людьми – важливий механізм контролю за поширенням епідемії, який також є основною складовою профілактики та контролю після епідемії.

Протягом інкубаційного періоду разом зі збільшенням числа особистих контактів з людьми росте кількість заражених. Одне з моделювань показало, що коли число особистих контактів досягає позначки 15, то кількість інфікованих в 42.4 рази перевищує кількість заражених, які контактують з 5 інфікованими людьми [4].

Отже, моделі поширення епідемій сьогодні існують досить багато. Для соціології вони представляють інтерес у тому контексті, що основним діючим суб'єктом та основною соціального механізму епідемій є людина, як носій соціальної активності. Отже, поширення епідемій в розумінні соціології є процесом соціальним, який піддається моделюванню та прогнозуванню.

*Резюме.* Соціологічна теорія пандемії та епідемії на сьогодні перебуває у процесі становлення та відзначається фрагментарністю і неповнотою. Але її значення у сучасному світі надзвичайно актуальне. Соціологічне вивчення пандемій та епідемій в соціології має не тривалу історію. У ХХ ст. деяку увагу епідемії приділив А. Ілліч, розглядаючи вплив умов життя людей на поширення хвороб. В контексті становлення сучасних форм соціального контролю та панування епідемію вивчав М. Фуко. У ХХІ ст. певну увагу проблемам взаємодії людини і вірусів (в контексті інших нелюдських об'єктів) приділив Б. Латур. Автором найбільш повного описання епідемії як соціального явища наразі є П. Бер, який кризь призму концепту

*спільнота долі* вивчав соціальні перетворення на ізольованих територіях в умовах епідемії. Для виникнення *спільнот долі* П. Бер виокремив 7 основних умов: 1) розпізнавання спільної загрози; 2) моральна щільність; 3) тривалість випробування; 4) ізоляція; 5) матеріальні та організаційні ресурси, які групи громадян можуть використовувати для опору загрозі; 6) вісі конвергенції; 7) виникнення особливих соціальних ритуалів, механізмів підтримки та солідаризації.

Важливим для соціології здоров'я питанням є трансформація біомедичної етики в умовах поширення хвороб в епідемічних масштабах, що часто призводить до зламу повсякденних та усталених практик в системі відносин медицина-пацієнт. Це у свою чергу призводить до виникнення нових регулюючих норм та перевизначення ситуації учасниками відносин. У цьому контексті актуалізуються проблеми дотримання рівноправності уразливих груп стосовно здоров'я та медичної допомоги.

Актуальним питання для соціології здоров'я є моделювання епідемій, а також вивчення соціальної складової поширення хвороби: соціальна активність індивіда в мережі відносин, якою розповсюджується захворювання. Моделювання відіграє важливу роль у прогнозуванні епідемій.

*Питання для самоконтролю:*

1. Охарактеризуйте різницю між пандемією та епідемією
2. Перелічіть та охарактеризуйте умови виникнення спільноти долі, згідно із П. Бером
3. Поясніть сутність біомедичної етики
4. Дайте визначення методу моделювання в соціології

## §2.2. Національні стратегії протиепідемічної боротьби

Надзвичайно важливим завданням соціологічної рефлексії боротьби з пандемією є розуміння тих конкретних стратегій, які використовували держави для подолання кризи. Це необхідно у першу чергу для того, щоб провести якісну роботу над помилками, а також зрозуміти які соціально-статусні групи виявились у найменш сприятливому становищі. Відзначимо, що досвід протиепідемічної боротьби, з яким держави зустріли другу хвилю пандемії COVID-19, сформувався під час хвилі першої. Саме він, на наше переконання, найбільше вплинув на національні протиепідемічні політики в період другого загострення.

У цьому контексті необхідною є типологізація протиепідемічних стратегій першої хвилі. Найбільш загальною є відмінність між ліберальними стратегіями та авторитарними. Так, для багатьох взірцем ефективної стратегії подолання кризи пов'язаної із пандемією є так звана «китайська модель», яка протиставляється ліберальній європейській. Хоча і боротьбу європейських держав ми не можемо звести до одного знаменника. Тому, зазвичай, стратегії типологізуються за національною ознакою.

Розглянемо ці стратегії більш детально.

*Китайська стратегія.* Загалом, китайську стратегію багато хто сприйняв як зразкову, адже строки подолання кризи в Китаї були коротшими та й кількість заражених і померлих була суттєво нижчою, ніж у європейських країнах, які постраждали найбільше (Італія, Іспанія) та США. Така ефективність досягалась завдяки дії низки факторів, серед яких особливо варто відзначити роль держави. В авторитарному Китаї виконавча влада має набагато менше обмежень, ніж у ліберальних європейських демократіях. Таким чином, оперативність та прийняття та виконання рішень виявляється вищою. Але в такому разі виникає ризик порушення основних демократичних прав та свобод громадян «на постійній основі», а не лише на час протікання кризи. Саме така посилена роль виконавчої влади багатьма розглядалась як фактор ефективності боротьби із кризовими явищами, зокрема і з пандемією COVID-

19 на рівні окремих держав. І навпаки, «ліберальність» європейських демократій оцінювалась як слабкість, у порівнянні з китайською моделлю. Так, наприклад польський філософ Кшиштоф Бжехчин протиставляє «ліберальну демократію» демократії «республіканській», яка відрізняється від першої тим, що в ній посилюється роль виконавчої влади при зменшенні певних прав широких верств населення, але є більш виправданою.

Найбільш показовим прикладом ефективності китайської стратегії є оперативність і злагодженість прийняття та виконання рішень. Безпрецедентно швидкі темпи будівництва лікарень, забезпеченість системи охорони здоров'я усім необхідним дозволили Китаю швидко взяти під контроль поширення вірусу. Важливим фактором успішності китайської стратегії стало широке застосування технологій спостереження, які дозволили відслідковувати переміщення населення, а отже і контролювати поширення вірусу. А також швидкі і жорсткі карантинні заходи сприяли тому, що Китай не просто випередив більшість країн у подоланні епідемії, але й почав надавати допомогу. Першою країною, що отримала масштабну допомогу від Китаю (яка включала не тільки медичну продукцію, але й персонал) стала Італія, яка впродовж довгого часу була епіцентром хвороби в Західному світі.

Успіхи Китаю сприяли тому, що багато хто сприйняв авторитарну систему управління, як більш виправдану, ефективну та бажану. Але китайська стратегія, звичайно, не є досконалою. Вивчення недоліків боротьби Китаю є важливим завданням хоча б тому, щоб подолати не зовсім виправдану ідеалізацію китайської протиепідемічної політики. Крім цього, така ідеалізація має свої ідеологічні ризики. Необ'єктивне висвітлення китайського досвіду формує переконаність в тому, що авторитарна держава є більш бажаною.

Але, як раз китайський авторитаризм став одним із факторів спалаху хвороби. Показовим є приклад лікаря Лі Венляна, який першим попереджував про небезпеку поширення нового коронавірусу, адже в лікарнях міста Уханя уже в грудні 2020 року знаходилось багато пацієнтів, у яких був зафіксований вірус, що згодом отримає назву COVID-19.

Самому лікарю винесли догану «за поширення чуток в інтернеті». Через короткий час розповсюдження вірусу досягло масштабів епідемії, а згодом і пандемії. Цензура, перешкоджання поширенню інформації, що не відповідає політичним задачам влади, застосування невинуватених покарань й інші атрибути будь-якого авторитаризму стали основним об'єктом критики китайської боротьби проти поширення COVID-19.

Крім цього, важливо також розуміти структурні причини спалаху хвороби. У цьому контексті, іншим об'єктом критики стала політика Китаю відносно системи охорони здоров'я. По мірі впровадження ринкових реформ у комуністичному Китаї, в системі охорони здоров'я мали місце декілька тенденцій, які відіграли свою негативну роль у боротьбі з епідемією. Мова йде про приватизацію медицини та скорочення видатків на неї. Основні державні інвестиції в Китаї останні десятиліття стосувались проєктів, які мали значення для промисловості та економічного зростання. Економічний розвиток Китаю призвів до колосальної урбанізації та погіршення кліматичної ситуації, в умовах скорочення видатків на охорону здоров'я. Ці та інші фактори не сприяли зменшенню ризиків для колективного здоров'я, а навпаки підвищили їх. При цьому, найбільш ефективно організувати боротьбу з епідемією китайська влада змогла в епіцентрі поширення вірусу: провінції Хубей. В інших регіонах влада більше розраховувала на добровільну мобілізацію населення, а її дії були нескоординованими.

Успіхи Китаю у боротьбі із епідемією є скоріше результатом психотипу китайського народу, здатного до самодисципліни, та самообмеження, ніж ефективністю авторитаризму, як управлінського принципу. До того ж, для оцінки ефективності китайської стратегії варто також враховувати масштаби приховування інформації щодо кількості інфікованих та померлих, точно оцінити які наразі практично не можливо.

*Південно Корейська стратегія.* Особливістю південнокорейської протиепідемічної політики було те, що Південна Корея уже мала досвід боротьби із корона вірусом іншого типу. Корейські медики зробили акцент, на ранньому

тестуванні та ізоляції носіїв вірусу, що стримувало його поширення. Для розробки рішень в складних випадках був створений стратегічний відділ при Центрі контролю захворювань, який сприяв процесу масового виробництва тестів, а отже і масового тестування населення. Забезпечення засобами індивідуального захисту, оперативність та масове тестування дозволило швидко встановити та ізолювати більшість носіїв вірусу.

#### *Тайванська та сінгапурська стратегії.*

Тайвань, як і Південна Корея мав досвід боротьби із епідемією. У 2003 р. Тайвань зіткнувся із вірусом SARS. З того часу, в критичних ситуаціях уряд країни мав законні підстави відстежувати персональні дані в кризових ситуаціях. Як і в Південній Кореї розробку і впровадження основних протиепідемічних заходів здійснював спеціальний орган: Командний центр національного здоров'я (КЦНЗ), який був створений максимально оперативно. Важливим елементом тайванської стратегії було використання транспортної інфраструктури. Так, на всіх транспортних шляхах були розміщені QR-коди, що повинні були скануватись громадянами, які повинні були повідомляти, про стан свого здоров'я. Такі заходи допомогли зафіксувати переміщення хворих, що дало змогу перекрити найбільш ризиковані шляхи.

Жорстким був контроль над кордонами, які були закритими. Примусове обстеження стосувалось усіх, хто кордон перетинав. Програм, які були спрямовані на раннє виявлення вірусу та координувались КНЦЗ було близько 124. Комплекс заходів включав захист населення і готовність лікарень до масової захворюваності. При цьому, ефективність протиепідемічних заходів сприяла тому, що лікарні так і не зіткнулися із масовою госпіталізацією.

У Сінгапурі, як і в Тайвані після епідемії SARS законодавство сприяло відстеженню персональних даних. За допомогою смартфонів оперативно відстежувались переміщення людей і швидко встановлювались контакти із інфікованими. Люди, які могли бути потенційно зараженими повідомлялись про таку можливість та були зобов'язані пройти обстеження. Масове виготовлення тестів дозволило швидко виявляти носіїв



вірусу та ізолювати їх. Такі заходи дозволили зупинити масове поширення вірусу у цій густонаселеній країні.

*Шведська стратегія* є найбільш суперечливою, що вимагає більш деталізованого висвітлення. З поміж інших стратегій, навіть європейських, Швеція обрала шлях не жорстких карантинних обмежень, а масового інформування. Принцип, на який опиралась шведська влада полягав у масовому розповсюдженні рекомендацій стосовно того, як себе поводити, щоб мінімізувати ризик зараження. Тоді, коли в більшості країн ЄС діяли жорсткі карантинні заходи, життя в Швеції змінилось не суттєво. На карантин були закриті університети та старші класи в школах. Середня школа та дитячі садки продовжували працювати. При цьому, батькам було заборонено без поважних причин утримувати школярів вдома, що, на думку шведського уряду обмежувало їх право на освіту. Обмеження на зібрання стосувались зібрань від 50 людей.

Економіка країни, як в багатьох інших країнах працювала у «скороченому режимі», але масштаби зупинки економіки були набагато меншими. Потреби економіки були одним з основних мотивів для «м'якої» боротьби. Адже економічний колапс може зашкодити більше, ніж поширення вірусу, зокрема і через те, що від рівня економічного розвитку залежить і система охорони здоров'я.

Надзвичайно важливою складовою «шведського шляху» стала свідомість громадян та довіра населення до влади, експертів та їх рекомендацій. Шведські ЗМІ добре спрацьовували на інформування населення, щодо того, як себе поводити при найменших ознаках хвороби. Завданням шведського уряду став контроль над кількістю заражених, уникання різкого зростання їх кількості, пікових коливань. Шведський епідеміолог Андерс Тегнелл, так охарактеризував шведську стратегію: «Що ми робимо зараз? Ми не намагаємося повністю позбутися від інфекції. Це неможливо. Хвороба (викликана коронавірусом) залишиться тут. Ми намагаємося підтримувати число випадків захворювання на найнижчому можливому рівні і розумними заходами. Мета – згладити епідеміологічну криву, щоб система охорони здоров'я могла нормально функціонувати» [124].

Ще однією важливою особливістю шведської стратегії стала політика щодо літніх людей та інших груп ризику (зокрема, тих, хто має хронічні захворювання). Так, будинки для літніх людей хоча й стали більш контрольованими, обмеження на вихід за межі цих будинків не були настільки жорсткими, як у інших країнах. У Швеції згодом стало зрозуміло, що заходи, спрямовані на будинки для літніх людей були не достатніми. Літні люди вели досить активне соціальне життя і впродовж довгого часу не було заборонено відвідування їх родичами, що спричинило до того, що будинки для літніх людей стали одним із осередків захворювання. Відомо, що найбільша смертність від вірусу була в групі літніх людей і це стосувалось не лише Швеції. Недостатню увагу до захисту літніх Швеції визнав і головний епідеміолог Андерс Таангель, який також визнав помилковість повільного реагування на загрозу епідемії в цілому.

Для інших категорій карантинні обмеження та піклування з боку держави були меншими. Це також продиктовано і тим, що Швеція орієнтувалася на необхідність формування колективного імунітету, але не як основної мети стратегії, а як побіжного її результату. Також шведські експерти наголошували, про необхідність перебувати на свіжому повітрі та на тому, що носіння захисних масок може більше нашкодити, ніж запобігти поширенню вірусу. Хоча про ефективність будь-яких стратегій можна говорити лише тоді, коли є достатньо даних, все ж шведська модель досить критикується, зокрема, щодо її ризикованості. Крім цього, шведська стратегія органічно пов'язана із особливостями шведського суспільства, географічними умовами його проживання, наприклад, низькою густиною населення. Неоднозначність ставлення до шведської стратегії змусила ВООЗ звернути увагу на неї та дати свою оцінку, яка була досить позитивною. ВООЗ визнала шведську боротьбу з розповсюдженням вірусу прийнятною. Але все таки ми не можемо оцінювати шведську стратегію як еталонну, адже вона, маючи і велику кількість недоліків, органічно пов'язана із влаштуванням шведського суспільства

М'якість шведської боротьби з епідемією має і політичну складову. У шведській управлінській моделі політики

залежні від експертів. Така система впливає не лише із того факту, що політики можуть не бути (і часто не є) компетентними у багатьох питаннях. Вона є певним запобіжником для популізму. У такій системі політики зобов'язані прислухатись до спеціалістів, що позбавляє їх можливості діяти, орієнтуючись на політичні цілі.

*Критика шведської моделі.* Багато хто сприйняв позитивно шведську стратегію боротьби із розповсюдженням COVID-19. Перевагами її вважався перш за все збереження економічної активності та відсутність жорстких обмежень стосовно населення. Але з іншого боку шведська стратегія викликала і значну критику, яка опиралась на її недоліки, що стали очевидними ще тоді, коли пандемію не було подолано. Основною підставою для критики стала відсутність жорсткого карантину, яка, на думку багатьох, призвела до смертності набагато вищої, ніж у інших скандинавських країнах. Крім цього, шведська стратегія мало враховувала обставину невивченості на той час вірусу, протікання викликаного ним захворювання та розповсюдження. Зокрема, мова йде про те, що вірус може передаватися безсимптомно. Іншим недоліком стала занадто велика впевненість у свідомості шведів, адже у будь-якому разі будуть ті, хто ігноруватиме рекомендації експертів щодо профілактики захворювання. Також, в рамках шведської боротьби із новим коронавірусом, став очевидним провал протиепідемічної політики в середовищі мігрантів та літніх людей, які найбільше постраждали від захворювання. Також, не вдалося швидко сформувати колективний імунітет.

*Білоруська стратегія* подібна шведській м'якій боротьбі. Білорусь не запроваджувала жорстких карантинних заходів, влада обмежувалась рекомендаціями. При цьому не були закритими кордони країни. Такий підхід білоруської влади пояснювали і розгубленістю, і її безвідповідальністю. Одним з найбільш важливих мотивів не запроваджувати жорсткий карантин стали потреби економіки та страх білоруської влади втратити ринки збуту своєї продукції. Але в умовах відсутності жорсткої політики з боку влади білоруське суспільство показало високий рівень солідарності та мобілізації. Значна кількість низових ініціатив, поширення волонтерства, зокрема, по

догляду за літніми людьми, стали впливовим фактором у боротьбі з епідемією.

*Польська стратегія.* Протиепідемічні політика Польщі полягала у діях на випередження. Жорсткі карантинні заходи в Польщі запроваджувались раніше, ніж у багатьох європейських країнах, які згодом стали епіцентром захворювання. При тому, в Польщі оперативно відбулись законодавчі зміни, які спростили боротьбу із вірусом. Якщо Польща запровадила жорсткі протиепідемічні заходи до того, як вірус почав масово поширюватись, то, наприклад, Іспанія при набагато більшій кількості інфікованих реагувала млявише.

Отже, як показує аналіз стратегій боротьби із пандемією, ми не можемо визначити одну в якості універсальної чи найбільш дієвої. На рівні глобальної боротьби із пандемією, в якій ключове місце займає ВООЗ можна виокремити лише окремі заходи, які застосовувались більшістю країн. До них відносяться у першу чергу карантинні заходи, самоізоляція населення, дезінфекція громадських місць. Правила поведінки в умовах карантину мали характер рекомендацій ВООЗ. Втім, деяким рекомендаціям на національному рівні слідували не завжди. Це стосується, наприклад, правил носіння масок. Іншим спільним характеристикою усіх стратегій став принцип «виграти час». В умовах невизначеності, недостатньої вивченості вірусу COVID-19, відсутності вакцини і достатнього досвіду боротьби у багатьох країнах, неготовності національних систем охорони здоров'я до масової госпіталізації, основні зусилля держав були спрямовані на стримування розповсюдження інфекції. В таких обставинах, на початкових етапах поширення хвороби основним завданням було максимальне обмеження мобільності людей для того, щоб отримати більше часу для вироблення конкретних методів контролю над поширенням вірусу.

Отже, основні відмінності стратегій боротьби із пандемією були логічним результатом того, що: *по-перше*, людство виявилось не готовим оперативно і скоординовано відповісти на пандемію через відсутність досвіду і механізмів глобальної координації. ВООЗ виступила, на нашу думку, в якості порадника для країн; *по-друге*, стратегія боротьби із

розповсюдженням вірусу в кожній з країн відображала особливості конкретного суспільства та темпів поширення хвороби. Важливе значення у цьому контексті мали і політичні особливості суспільств та їх культура. Якщо, наприклад, виконавча влада у Китаї має менше обмежень, ніж у європейських країнах, а китайський народ є дисциплінованим і готовим до самообмежень, то в умовах ліберальних демократій жорсткі карантинні заходи суперечили фундаментальним європейським правам та цінностям. Це було додатковим фактором, що вплинуло на млявість боротьби із хворобою на початку її масового поширення, зокрема в Іспанії чи Італії. У США і багатьох інших західних країн найпоширенішими стали масові протестні акції противників жорсткого карантину.

Загалом, на національному рівні уряди виходили із місцевих реалій і політичної ситуації. Саме тому, стратегії боротьби із поширенням вірусу відрізнялись у багатьох аспектах. Адже навіть в межах самих країн боротьба з епідемією на місцевому рівні мала свої особливості. Наприклад, в Україні в різних регіонах влада вдавалась до різних у своїй жорсткості заходів, наприклад, таких як організація блок-постів на в'їздах у міста чи повної зупинки громадського транспорту.

Відмінності між країнами виявлялись і у жорсткості карантину, яка змінювалась відповідно до епідемічної ситуації, як правило в бік підвищення жорсткості заходів, доки розповсюдження вірусу не досягало пікових значень. Оксфордський університет для вимірювання жорсткості карантину в різних країнах розробив спеціальний індекс. Розрахунки проводилися за кількома критеріями: закриття навчальних закладів, офісів, припинення роботи громадського транспорту, скасування масових заходів, обмеження пересувань, кількість проведених тестів і відстеження контактів хворих. Максимальне значення індексу – 100 – найжорсткіші заходи. Наприклад, жорсткість заходів в Росії, за оцінками авторів індексу, становила 85 балів – це жорсткіше, ніж в Німеччині (80) або Великобританії (70), але м'якше, ніж в Іспанії, Франції та Італії (по 95). Найсуворіші заходи (по 100 балів) прийняті в Індії, Ізраїлі, Новій Зеландії, Сербії та Південній Африці [45].

Але навіть попри відмінності національних стратегій боротьби з пандемією і їх суперечливість, все ж ми можемо виділити основні фактори успішної боротьби: *по-перше*, широке застосування інформаційних технологій, що дозволяють відслідковувати ситуацію із поширенням вірусу, контролювати переміщення людей, а також їх стан здоров'я; *по-друге*, масове діагностування, що забезпечує швидке виявлення та ізолювання інфікованих; *по-третє*, високий рівень свідомості людей, їх здатності до мобілізації та солідарності; *по-четверте*, здатність влади оперативно реагувати на динаміку захворювань, організувати боротьбу на усіх рівнях та забезпечувати систему охорони здоров'я необхідними ресурсами та персоналом.

Таблиця 1.

**Епідемічні показники<sup>1</sup> COVID-19 (станом на 19.11.2020) в деяких країнах у відношенні до кількості та густини населення**

Країна	Кількість випадків	Кількість смертей	Кількість населення / густина населення (на км <sup>2</sup> )
США	11 558 241	250 898	328 915 700 / 34, 55
Росія	1 998 966	34 525	146 748 590 / 8,56
Україна	583 510	10 369	41 762 138 / 72,6
Китай	91 918	4 742	1 404 328 611 / 146,3
Швеція	201 055	6 340	10 327 589 / 21,89
Південна Корея	29 654	498	51 732 586 / 517
Сінгапур	58 139	28	5 781 110 / 7982,7
Бразилія	5 945 849	167 455	207 353 391 / 22
Білорусь	119 390	1 074	9 475 174 / 47,89

Складовою протиепідемічної боротьби є організація виходу з карантину. Цей процес також набував своєї специфіки

<sup>1</sup> за даними РНБО України: <https://covid19.rnbo.gov.ua/>

в залежності від країни, важкості епідемічної ситуації, стану економіки та ін. Як правило, карантинні обмеження знімалися поетапно, в разі відповідності епідемічної ситуації певним критеріям. Наприклад, в Україні зняття карантинних обмежень під час першої хвилі епідемії мало 5 етапів: 1) в разі контролю над розповсюдженням хвороби, доступності медичних ресурсів: знімаються обмеження з відвідування парків, скверів (крім дитячих майданчиків), прибережних зон, тренувань у командних видах спорту, частини об'єктів індустрії краси, кав'ярень (обслуговування на виніс), автомийок, нотаріусів, адвокатів; 2) в разі зменшення випадків інфікування та розвантаження медичної системи (щоденне зменшення кількості виявлених випадків, стала (або зростаюча кількість одужань): дозволяється побутове обслуговування населення, навчання у випускних класах, підготовка до ЗНО, відвідування закладів громадського харчування (на виніс), відвідування кінотеатрів просто неба; 3) в разі перевищення кількості одужань над новими випадками інфікування протягом 10 днів вдвічі або більше, завантаженість медичної системи хворими з COVID-19 складає не більше 10%: дозволяється відвідування дитячих майданчиків, окремих закладів освіти, відновлюється міжміське сполучення в межах області, робота ТРЦ без дитячих майданчиків та розважальних зон; 4) в разі повного контролю над осередками захворювання (протягом 10 днів щоденно кількість нових виявлень не перевищує 5 на область: відновлюється рух наземного громадського транспорту та метро, дозволяється відвідування торгово-розважальних центрів, спортивних залів та фітнес-центрів, закладів громадського харчування, навчальних закладів, здійснення планової медичної та стоматологічної допомоги; 5) в разі припинення внутрішньої передачі вірусу (поодинокі випадки, пов'язані із імпортуванням захворювання: скасування інших обмежувальних закладів, крім тих, що встановленні на місцевому рівні.

Кожна стратегія протиепідемічної боротьби передбачає з необхідністю вихід із карантинних умов. На сам процес виходу з карантину впливає комплекс факторів, які відносять і суто до сфери охорони здоров'я (епідемічна ситуація, яку

характеризують такі показники як кількість нових заражень, рівень смертності, завантаженість лікарень хворими з відповідним діагнозом), економічні (рівень безробіття та бідності, фінансове становище приватних компаній, макроекономічні показники прогнозований рівень ВВП, наприклад), а також політичні фактори, пов'язані із виборчими циклами в країнах, довірою до владних інститутів та підтримкою їх дій. Тому, стратегія виходу з карантину формується під впливом усіх цих факторів, які відрізняються в залежності від становища країни перед початком епідемії та становищем, внаслідок поширення хвороби. Таким чином, стратегії виходу із карантину можна типологізувати і за національною ознакою. Але, головна відмінність між ними полягає у своєчасності пом'якшення карантинних заходів, орієнтації на епідемічну ситуацію на окремих територіях (так званий адаптивний карантин, який передбачає те, що процес виходу з карантину прив'язується до епідемічної ситуації в конкретному регіоні. Ключовим показником тут є *інцидентність* – кількість випадків захворювання за певний період часу в популяції), а також у тому, як організовується повсякденне життя після послаблення обмежень, але в умовах збереження ризиків погіршення ситуації. В усіх випадках вихід із карантину передбачав збереження дистанціювання, носіння масок, використання засобів дезінфекції. Тобто, в умовах пом'якшення карантину запроваджувався особливий режим життя, який в Південній Кореї отримав назву «карантину повсякденного життя», що передбачає у першу чергу постійне дотримання санітарних рекомендацій, які, таким чином, набувають статусу рутинних практик.

Але, практика показала, що при розробці стратегії виходу з карантину не варто відштовхуватись лише від епідемічної ситуації. Важливим аспектом успішного виходу з карантину та мінімізації ризиків погіршення епідемічного становища є рівень відповідальності населення та слідування ним необхідним рекомендаціям. В Україні ослаблення карантинних заходів ознаменувалось різким зростанням захворюваності, що перевищувало найбільші значення в пік поширення вірусу. Це у першу чергу стало результатом того, що



пом'якшення карантину було сприйнято як його закінчення та супроводжувалось ігноруванням запобіжних рекомендацій: дистанціювання, носіння захисних масок у громадських місцях, миття рук. В таких умовах уряди змушені вдаватися до посилення контролю над дотриманням карантинних умов та навіть до посилення карантину. У цьому контексті, важливим завданням соціології стає відслідковування практик дотримання карантину та їх прогнозування.

Так, один з найбільш точних прогнозів захворюваності здійснювався Київським міжнародним інститутом соціології. Якби суворий карантин продовжувався в Україні, то до 10-15 червня 2020 р. рівень захворюваності на день склав би 0 (крім поодиноких випадків). Але з початком першої фази ослаблення 11 травня кількість підтверджених діагнозів значно зросла і у червні ймовірність захворіти зросла майже вдвічі у порівнянні із періодом суворого карантину [79].

Практики (не) дотримання карантинних заходів відрізняються в залежності від соціально-демографічних характеристик респондентів. Так жінки більше залишаються вдома, ні ж чоловіки. У віковому розрізі найменше дотримувались самоізоляції респонденти найбільш продуктивного віку: 30-44 роки, що може бути пов'язане із трудовою діяльністю. З рівнем освіти найчастіше не дотримувались самоізоляції люди із середньою спеціальною та вищою освітою.

Але на збільшення захворюваності, звичайно, впливають не лише означені чинники. Якщо основним способом зменшення ризику власного зараження та збільшення захворюваності у суспільстві є самоізоляція, то, відповідно, ці ризики зростають при відновленні соціальної активності та просторових переміщень людей. Тому варто зауважити, що така активність пов'язана не тільки із втомою від тривалої самоізоляції, але й з необхідністю відновлення економічної активності, як способу підтримки прийняттого рівня життя, а в деяких випадках – виживання. У цьому аспекті, роль управляючих інститутів зводиться не лише до контролю, але й до ефективної організації процесу виходу з карантину, в якому збільшується роль соціальної комунікації. Загалом, комунікація

є центральним елементом не лише протиепідемічної боротьби, але й усієї системи суспільства.

Таким чином, до сфери дослідницьких інтересів соціології здоров'я потрапляє явище комунікації, яка виявляє себе, по-перше, у контексті організації суспільного життя в умовах поширення хвороби; по-друге, у контексті впливу інформації на психічне, фізичне та суспільне здоров'я.

*Резюме.* Досвід країн дозволяє нам виокремити основні елементи успішної протиепідемічної боротьби. До них належать: по-перше: швидке встановлення контактів інфікованих, що дозволяє оперативно відслідковувати та ізолювати носіїв вірусу, забезпечуючи, таким чином інших людей та стримуючи поширення хвороби. Саме виявлення контактів було однією із переваг країн, що швидше за інших змогли взяти під контроль епідемію й зрештою її подолати: Тайвань, Південна Корея, Сінгапур. Але й в інших країнах виявлення контактів було в основі боротьби.

Велике значення для підвищення ефективності процесу встановлення контактів має застосування мобільних технологій, зокрема, мобільних додатків, які допомагають відстежувати і контролювати пересування людей, дотримання ними самоізоляції тощо. По-друге, обов'язковим елементом успішної боротьби є масове тестування, що дозволяє встановлювати носіїв, в яких захворювання проходить безсимптомно. Складність реалізації цього елементу стратегії полягає ще й в тому, що на початкових етапах розповсюдження хвороби існує дефіцит тест-систем, що є об'єктивною перешкодою масового тестування. Подібна ситуація складається і з масовою вакцинацією, коли в умовах розповсюдження нового типу вірусу вакцини може не існувати взагалі, а фармацевтична промисловість не може швидко налагодити масовий випуск необхідних препаратів. по-третє, ключовим елементом успішної протиепідемічної боротьби є рівень відповідальності населення та його здатності до самоорганізації та солідарності. З одного боку, виникає необхідність дотримання рекомендацій, що знижують ризик зараження та розповсюдження хвороби (наприклад, вимога самоізоляції). З іншого боку держава,

особливо на початкових етапах, не в змозі сама протистояти кризі, в тому числі через брак необхідних ресурсів. У таких умовах значно зростають ризики для найбільш вразливих груп. Солідарність суспільства стає важливим ресурсом боротьби.

*Питання для самоконтролю:*

1. Назвіть національні стратегії протиепідемічної боротьби.
2. Поясніть, чим шведська стратегія відрізняється від інших.
3. Охарактеризуйте умови успішності протиепідемічної боротьби.
4. Висвітліть роль сучасних технологій у протиепідемічній боротьбі.

### §2.3. Особливості комунікації в умовах пандемії

Головною фундууючою суспільство силою є комунікація, яка забезпечує можливості для соціальних взаємодій та відносин, в результаті яких виникають та відтворюються стійкі соціальні структури. У соціології комунікація розуміється в трьох основних значеннях: по-перше, у процесуальному вимірі, як передача інформації, що включає учасників комунікації (комунікатора, реципієнта), канали передачі інформації, її зміст, кодування, дешифровку, наміри, ефективність, контроль. По-друге, як акт спілкування, метою якого є взаєморозуміння між людьми. По-третє, як обмін інформацією між різними системами. Окремо варто відзначити масову комунікацію, що є процесом розповсюдження інформації на великі і розосереджені групи. У цьому разі об'єктом комунікативного впливу виступає усе суспільство. Комунікація включає і аспект міжгрупового спілкування (соціальна комунікація). Комунікація здійснюється завдяки каналам комунікації, які є засобами та шляхами розповсюдження інформації. До основних каналів комунікації належать ЗМІ, соціальні медіа.

Кожна стратегія протиепідемічної боротьби є комплексною та включає стратегію комунікативну. І хоча процес комунікації у сучасному суспільстві є суперечливим, все ж, що стосується держави як суб'єкта комунікації, можемо виокремити певні її лейтмотиви, які можуть лежати в основні цілісних комунікативних стратегій в умовах епідемії та пандемії. Тут можна розрізнити як мінімум декілька стратегій: *стримування паніки, применшення загрози, формування відповідальності*. Очевидно, що кожна них формує і відповідний тип реакції населення, що має пряме відношення до ризиків від поширення хвороби. Різке переростання захворюваності в епідемію та пандемію в соціологічному сенсі є порушенням повсякденності та звичного, зрозумілого і контрольованого режиму життя. Його руйнування ставить суспільство і окремі його елементи, наприклад, владні інституції, в ситуацію невизначеності. В таких умовах виникає потреба перевизначення ситуації, її оцінка та перебудова життя, відповідно до нових умов. У цьому контексті, епідемії часто

пов'язують із війною. Таким чином, дані стратегії можуть розгортатися у прив'язці до темпів та масштабів поширення хвороби.

На початкових етапах епідемії, як правило, основні зусилля урядів спрямовані на «вигравання часу», мобілізацію ресурсів для боротьби із хворобою, а також для вироблення подальших протиепідемічних дій. На цьому етапі загроза може применшуватись, або взагалі замовчуватися або ігноруватись. Применшення загрози мало місце, наприклад, у Гонконзі під час спалаху атипової пневмонії. На початкових етапах поширення COVID-19 подібним чином діяв і Китай. Крім цього, ігнорування загрози та їх применшення мало місце у США та Бразилії, які згодом постраждали більше, ніж багато інших країн.

Подібна реакція спостерігалась і у Білорусі. У цьому контексті говорили і про Швецію, але там скоріше мав місце певний розрахунок і усвідомлення можливих наслідків. В Росії на початку епідемії мали місце спроби переконати населення в тому, що масштаби епідемії в цій країні будуть значно меншими, ніж в інших, що Росія буде «тихою гаванню», але в результаті масштаби поширення хвороби стали одними з найбільших у світі. Ще більш драматична ситуація склалася у США, де на початку епідемії загроза ігнорувалася. Але, за даними спеціалістів Колумбійського університету, якби карантинні заходи були запроваджені на тиждень раніше, більшість смертей у США вдалося б уникнути. У США комунікація стосовно загрози та протиепідемічної боротьби також мала й політичний вимір. Так, наприклад, республіканці проявляли більше скептицизму стосовно смертності вірусу і порівнювали його із сезонним грипом. Тоді як демократи наполягали на тому, що показники смертності від COVID-19 занижені, а сама загроза значно применшена. Таке розділення та політична вмотиваність відношення до епідемічної загрози сформувала суперечливі дискурси, що стало додатковою перешкодою для консолідованої боротьби із кризою у США. Це, у свою чергу, мало наслідки і для поширення захворювання у країні та створювало додаткові ризики для населення.

Для України особливе значення має проблема боротьби із захворюванням на територіях, що тимчасово не підконтрольні її уряду. У цьому контексті цікавим є дослідження ЗМІ Л/ДНР. Інформаційну стратегію стосовно епідемії нового коронавірусу в «Л/ДНР» важко визначити однозначно. Комплекс мотивів, які впливають на те, яким чином «влада» здійснює комунікацію з населенням з приводу загрози масового інфікування є досить великим. Але однозначно, що ЗМІ «Л/ДНР» відрізняються, наприклад, від українських. Так, за даними одного з досліджень [16] частка новин, які були присвячені COVID-19 в онлайн-медіа на початку епідемії в Л/ДНР складала 48,4%, тоді як на вільній території України цей показник становив 58,5%. Крім цього, майже половина новин, які стосувалися поширенню вірусу були із порушеннями журналістських стандартів, до яких відносяться емоційні заголовки, відсутність посилання на першоджерело, оціночні судження в тексті новин.

Важливим елементом інформаційної політики протидії епідемії є інформування населення щодо способів мінімізації загрози зараження. Частка матеріалів такого типу за тими даними в Л/ДНР складала всього 0.7% від усіх новин про новий тип коронавірусу. В українських медіа частка таких матеріалів складала 15%.

Частково така мала кількість «конструктивних» матеріалів на окупованому Донбасі пояснювалась тим, що значна частина новин про COVID-19 була присвячена Україні, а також Росії (до 50% у деяких онлайн-медіа). Крім цього, ті новини, які були присвячені Україні часто були маніпулятивними або фейковими. Зокрема, стосувались великої кількості заражених та померлих серед військовослужбовців в зоні ООС. Така інформаційна політика узгоджувалася із реальними протиепідемічними заходами. Наприклад, коли на вільній території уже запроваджувались карантинні заходи, в Луганську запроваджували тільки обмеження на масові зібрання.

Мотиви «політики применшення проблеми» в цілому зрозумілі. Природним є бажання попередити панічні настрої та дефіцит важливих товарів на ізольованій території. Подібним чином поводить себе, зокрема, Північна Корея, яка заявляє про

відсутність випадків захворювання на covid-19. Звичайно, що така стратегія не виключає і намагання авторитарної влади за допомогою інформаційних маніпуляцій зберегти свою легітимність в умовах кризи. Тому, нерідко для цього використовується цензура. Але, попри те, що «применшення проблеми» має свої зрозумілі переваги в контексті керованості населення, все ж неадекватне висвітлення, а отже і сприйняття ситуації, своїм наслідком має, як правило, запізнілі управлінські реакції та підвищення ризиків для населення.

Стратегії применшення проблем та приховування інформації в деяких країнах можуть стати невід'ємною частиною державної політики, в тому числі, на міжнародному рівні. Так, протиепідемічна боротьба Китаю мала наслідки не лише пов'язані із здоров'ям населення, але й політичні. Досить гострими стали звинувачення з боку деяких країн (наприклад США) в тому, що Китай приховував справжні масштаби епідемії, способи передачі вірусу COVID-19 та його смертельність. Внаслідок чого, неможливо було встановити на початку пандемії справжній рівень загрози, що призвело до тяжких наслідків в багатьох країнах. Таким чином, провал комунікації в середині країн та на рівні міжнародних відносин може мати надзвичайно трагічні гуманітарні та політичні наслідки.

Шляхом обмеження доступу населення до актуальної інформації щодо поширення вірусу пішла й Бразилія, де влада довгий час ігнорувала загрозу, а згодом обмежила доступ до веб-сайту, на якому розміщувалась інформація щодо епідемічної ситуації в країні. Темпи поширення вірусу стали одними з найбільших у світі. Це було наслідком того, що влада не вдавалась жорстких карантинних заходів. Така політика бразилійської влади призвела і політичних наслідків: протестів проти президента та зростання невдоволення його правлінням.

Найбільш конструктивною є *стратегія формування відповідальності*, яка, на нашу думку, полягає у виваженій комунікації держави та населення, у поширенні об'єктивної інформації про загрозу, а також поширенні рекомендаційної інформації, щодо мінімізації ризиків зараження та розповсюдження хвороби. Така стратегія передбачає те, що в

країні відбувається своєчасне інформування про здоров'язбережні заходи на індивідуальному та колективному рівнях. Наприклад, основними рекомендаціями під час пандемії COVID-19 були такі: часте і довге миття рук, використання антисептичних дезінфікуючих засобів, дотримання соціальної дистанції (фізичної дистанції), носіння захисних масок, самоізоляція, правила чхання та кашляння. Дотримання усіх цих рекомендацій так чи інакше лежало в площині відповідальності індивіда та суспільства, що вимагало високого рівня свідомості та відповідальності, а також високого рівня довіри до влади та її політики. Таку стратегію намагалась реалізувати Швеція та інші країни. Але, як показала практика, дотримання усіх рекомендацій не було цілковитим в жодній з європейських країн. У цьому контексті, була високо оцінена дисциплінованість китайців, що стало одним із ключових умов швидкого подолання епідемії в цій країні. Таким чином, протиепідемічна інформаційна політика держави спрямовується і на формування відповідального ставлення до власного здоров'я та відповідальності стосовно інших людей. В іншому випадку, державам доводиться вдаватись до жорстких карантинних заходів та посилення відповідальності (аж до криміналізації) за порушення карантинного режиму.

Важливість цілеспрямованої, раціонально організованої інформаційної політики зростає також в період послаблення карантинних меж. У цей період найбільше зростає необхідність формування відповідальності населення. Причиною різкого зростання захворюваності в Україні, як уже наголошувалося, було, зокрема ігнорування рекомендацій щодо убезпечення від зараження. Цьому могла посприяти слабко неорганізована інформаційна політика держави. Так, в період послаблення карантину в Україні, в регіональних ЗМІ різко зросла кількість новин щодо виходу з карантину (до 69% з усіх новин про COVID-19). При цьому було відзначено і зниження частки новин про сам коронавірус, що могло сприяти виникненню у суспільстві уявлень про безпечність ситуації та подолання вірусу [108].

Крім інформаційної стратегії в комунікативному аспекті боротьби із масовими захворюваннями є поширення



неправдивої інформації в ЗМІ. Так, під час пандемії COVID-19, яка була першою з соціальними медіа, значно актуалізувалась проблема поширення неправдивої та спотвореної інформації, а також її некритичного сприйняття. Для позначення цього феномену у медіа виникає специфічний термін – *інфодемія*.

Поширення та сприйняття неадекватної інформації має багато наслідків. Зокрема, відносно ризиків для здоров'я. Наприклад, люди, які довіряють фейковій (неправдивій, спотвореній) інформації про COVID-19 дотримуються рекомендацій щодо мінімізації ризику захворіти гірше. Наприклад, на вулиці проводять більше часу люди, які довіряють інформації про пов'язаність поширення COVID-19 з мобільною мережею п'ятого покоління 5G. Також вони рідше миють руки, згідно із профілактичними рекомендаціями (по 20 секунд), а також рідше дотримуються належної фізичної дистанції з іншими людьми. Схожа тенденція спостерігається і для прихильників конспірологічних версій, зокрема, про штучне походження коронавірусу COVID-19 спланованість пандемії державами та фармацевтичними компаніями.

Однією із найпоширеніших конспірологічних теорій була та, що пов'язувала американського мільярдера із наміром чіпувати людей через вакцинацію від COVID-19, з метою стеження за ними. Такого роду інформація спричиняла негативний вплив на сприйняття вакцинації, як способу профілактики захворювань, крім того, сприяла укоріненню невірному скептицизму стосовно COVID-19.

Важливе значення для розуміння того, наскільки викривлена інформація глибоко проникає у суспільство, а отже загрожує психічному і фізичному здоров'ю, мають соціологічні обстеження стану масової свідомості за допомогою кількісних методів. Так, на початку червня 2020 р. українське суспільство загалом сприйняло конспірологічну версію про штучне походження COVID-19. Так, 37% респондентів КМІС у червні 2020 були впевненими, що коронавірус був «спеціально розроблений і навмисно поширений у світі для зменшення чисельності населення та/чи завдання шкоди окремим країнам». При цьому ще 29% підтримували версію про штучність вірусу, але з умовою його випадкового поширення у світі («зроблений

штучно у лабораторії, але його поширення у світі було випадковістю»). В цілому версія про штучне походження коронавірусу підтримувалась 66% респондентів. Лише 18% респондентів підтримували офіційну версію про природність виникнення та поширення вірусу. При цьому, для прихильників конспірологічної теорії, відповідальність за створення та поширення вірусу з метою зменшення населення або завдання шкоди іншим країнам, ніс в основному Китай або США [35]. Період проведення дослідження співпав із пом'якшенням карантинних заходів в Україні та різким зростанням кількості інфікованих.

До причин некритичного сприйняття інформації можна віднести багато інформаційних та соціально-психологічних явищ. Звичайно, важливу роль відіграє рівень освіченості і культура спільноти, членом якої є людина. Також варто відзначити і те, що переповненість інформаційного простору знижує здатність людини критично осмислювати існуючий масив даних, тому пояснення причин епідемії, які відповідають «здоровому глузду», логічно несуперечливі та доступні для розуміння сприймаються краще. Г. Почепцов зазначає, що сприйняття людиною інформації відбувається у відповідності до картини світу, в якій будь-які події мають початок і кінець та мають причину свого виникнення. Тому, відповідно до цієї картини коронавірус обов'язково повинен мати автора [82].

Фейки, спотвореність інформації, а часто її маніпулятивність призводять до суперечливого сприйняття пандемії, яке формує відповідні практики. Так, В. Щербина зазначав, що, наприклад умовні нігілісти, які заперечували та применшували загрозу COVID-19 часто не дотримувались самоізоляції, нехтували профілактичними заходами. Умовні панікери схильні перебільшувати загрозу та видавати її за «апокаліпсис», чим сприяли специфічному соціально-психологічному стану: масовому психозу. Поляризація відношення до вірусної загрози продемонструвала відсутність солідарності, яка повинна виникати в умовах спільної загрози. Тому особливої важливості набуває інформаційна гігієна на індивідуальному і колективному рівнях.

Свій діагноз комунікації стосовно поширення хвороби дав і А. Бадью, який досить різко зазначив, «що так звані «соціальні мережі» ще раз демонстрували, що вони є першими – крім того, що на даний момент вони збагачують найбільших мільйонерів – розсадниками чванливого розумового паралічу, неконтрольованих чуток, відкриття допотопних «інновацій», якщо не замшілого мракобісся» [3].

У цьому контексті значно актуалізується необхідність *інформаційної гігієни*. В умовах інформаційного суспільства не викликає сумнів залежність кількісних та якісних характеристик інформації із психічним та соціальним здоров'ям. Надмірність та суперечливість інформації, її агресивність створюють умови для виникнення психічних хвороб на рівні індивіда та суспільства, ослаблення захисних механізмів психіки, відкриваючи шлях до інформаційного насильства. Не дивно, що інформаційні війни сьогодні вивчаються не лише як складові міждержавних конфліктів, але й як окремий тип війни. Пандемія COVID-19 показала залежність характеру споживання інформації та здоров'язбережної поведінки.

І хоча сьогодні *інформаційну гігієну* або *медіа-гігієну* відносять більше до медичної науки, все ж вона знаходиться на стадії становлення в якості окремої сфери вивчення в межах соціології здоров'я. У соціологічній теорії певні інтуїції стосовно впливу інформації та комунікацій на здоров'я ми можемо знайти уже у роботах Еріха Фромма, соціологічній *теорії культивуації*, концепції мозаїчної культури Абрахама Моля.

Загалом, *інформаційна гігієна* розуміється як система знань про закономірності впливу інформації на формування, функціонування, стан психічного, фізичного та соціального благополуччя людини та соціуму, яка розробляє заходи з оздоровлення навколишнього інформаційного середовища. Метою інформаційної гігієни є попередження впливу неадекватної (негативної, надлишкової або недостатньої) інформації на здоров'я як фізичне, психічне і соціальне благополуччя людини, соціальних груп, населення в цілому, профілактика інформаційно зумовлених захворювань, обмеження забруднення і санація навколишнього

інформаційного середовища. До завдань інформаційної гігієни варто віднести гігієнічну оцінку виробництва, поширення, споживання, зберігання і відтворення інформації, організації інформаційних процесів і мереж, раціональної поведінки населення в інформаційному середовищі та в цілому наукове обґрунтування гігієнічних нормативів інформаційних навантажень на населення.

*Резюме.* Система заходів протиепідемічної боротьби з необхідністю включає налагодження комунікації між управляючими інститутами та суспільством. Характер цієї комунікації залежить не лише від об'єктивного рівня загрози, але й від політичних факторів.

Можемо виділити декілька комунікативних стратегій в системі протиепідемічної боротьби: *стримування паніки, применшення загрози, формування відповідальності*, кожна яких формує відповідний тип реакції населення, що впливає на здоров'язбережні практики.

Поширення спотвореної або неправдивої інформації та некритичного її сприйняття, що отримало назву *інфодемія*, своїм наслідком мало поширення недотримання санітарних вимог та формування негативних групових психічних станів. Тому все більш актуалізується необхідність розвитку *інформаційної гігієни*, як системи знань, а також впровадження відповідних рекомендацій щодо споживання інформації з метою збереження фізичного та психічного здоров'я.

*Питання для самоконтролю:*

1. Дайте визначення *комунікації*.
2. Охарактеризуйте комунікативну стратегію «*формування відповідальності*».
3. Розкрийте зв'язок «теорій змови» із дотриманням профілактичних заходів.
4. Поясніть, в чому полягає необхідність інформаційної гігієни?

## §2.4. Карантин як специфічний режим життєдіяльності

Як уже з'ясовано протиепідемічна боротьба супроводжуються обмеженням соціальної активності. В залежності від складності ситуації ці обмеження можуть стосуватися як окремих осіб та соціальних груп, так і суспільства загалом. У випадку пандемії, обмеження набувають і глобального характеру. Але такі обмеження мають не лише медичні та санітарні наслідки, вони призводять до суттєвих змін соціальних відносин і суспільного життя. В рамках протиепідемічної боротьби встановлюються спеціальні режими життєдіяльності, основним з яких є карантин.

Карантин (фр. *quarantaine*, італ. *quarantena* – сорок днів) – комплекс протиепідемічних заходів, метою яких є перешкоджання розповсюдження інфекційних хвороб епідемічного характеру. Як правило карантин передбачає тимчасову ізоляцію осіб, хворих на заразну хворобу та осіб, що контактували із ними. Запровадження карантину в багатьох випадках передбачає ізоляцію не тільки окремих осіб, але й території (районів в містах, населених пунктів, регіонів).

Карантин слід відрізнити від таких заходів як *самоізоляція* та *обсервація*. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» визначає ці поняття так: *самоізоляція* – перебування особи, стосовно якої є обґрунтовані підстави щодо ризику інфікування або поширення нею інфекційної хвороби, у визначеному нею місці (приміщенні) з метою дотримання протиепідемічних заходів на основі зобов'язання особи; *обсервація* – перебування особи, стосовно якої є ризик поширення інфекційної хвороби, в обсерваторії з метою її обстеження та здійснення медичного нагляду за нею.

Такі обмеження є важливими об'єктами соціологічної рефлексії, адже вони трансформують соціальний порядок, змінюють повсякденні практики людей, відображаються на економічній, культурній, дозвіллевій сферах життєдіяльності, а також можуть призводити до підвищення соціальних ризиків для багатьох людей. Тому, соціологічне осмислення карантину спрямоване на вивчення особливостей життєдіяльності людей,

яких стосуються обмеження. Одним із найбільш важливих наслідків карантину є підвищення соціальних ризиків, що виявляє себе у першу чергу в загостренні соціальних нерівностей, адже соціологічний погляд на проблему здоров'я так чи інакше стосується і соціальної структури. Епідемії та пандемії не виняток, адже на різних рівнях соціальної ієрархії вони часто мають неоднакові наслідки.

В контексті того, як соціальні нерівності впливають на розповсюдження хвороб, варто враховувати соціально-економічний статус груп ризику.

*Літні люди.* Ця група потрапляє в зону ризику в медичному та в соціальному аспекті. В силу вікових змін організму і зниження його здатності протистояти захворюванням, літні люди більше хворіють та ризикують здоров'ям. Так, під час пандемії COVID-19 літні люди більше піддавалися ризику інфікуватися. Основна маса смертей припала саме на літніх. Більше половини усіх смертей у ЄС припали на будинки для пристарілих. Таким чином, ця група людей потребувала особливої підтримки. Натомість, літні люди опинились у складному соціальному положенні, особливо у країнах, де система соціального захисту не могла адекватно відповідати на потреби населення. В Італії, наприклад, фіксувалися випадки, коли персонал будинків пристарілих самовільно залишав робочі місця із страху зараження. Наслідком цього були чисельні смерті серед жителів цих будинків. Складність ситуації літніх людей в умовах епідемії та карантинних заходів полягає також у тому, що велика частина літніх людей має низьке матеріальне та фінансове забезпечення, що скорочує їх можливості в нормальному медичному обслуговуванні. При цьому, необхідність ізоляції стала надзвичайно важким тягарем для самотніх, соціальне виключення яких тільки посилилось. Крім цього також варто відзначити загальну неготовність національних систем охорони здоров'я до масової госпіталізації, що тільки підвищило ризики для літніх.

*Діти.* Стосовно ризику захворіти діти не входили до груп ризику, але пандемія і глобальний карантин загострив соціальні негаразди дітей, наслідком яких є і підвищення

загрози здоров'ю. Так, однією із загроз для дітей під час пандемії є зростання дитячої бідності, через зниження економічної активності та доходів батьків. Так, ЮНІСЕФ відмічає погіршення соціально-економічної ситуації дітей та інших вразливих груп в результаті карантинних заходів. У своєму прогнозі, який виходив з розрахунку, що карантин триває три місяці, ЮНІСЕФ вказував, що рівні бідності зростуть, при цьому зростання бідності більше спостерігатиметься відносно дітей. Найбільш уразливими сім'ями внаслідок карантину є сім'ї, які не можуть диверсифікувати власні доходи.

Сім'ї, з обома батьками, а також ті, які мають у своєму складі представників різних поколінь, більш спроможні компенсувати втрату чи зменшення доходу доходом або соціальною допомогою, що є в розпорядженні інших членів сім'ї. Для категорії людей, які є залежними від єдиного джерела доходу, значно підвищується ризик бідності. У першу чергу до них належать: одинокі батьки з дітьми, домогосподарства з дітьми до 3 років, одинокі пенсіонери старше 65 років, а також сім'ї з трьома та більше дітьми.

*Бідні.* У соціологічному розумінні бідність – це складне явище, яке не вичерпується лише економічним становищем індивіда або групи, а включає й позаекономічні аспекти: ризик хвороб, психічні деформації, відтворення культури бідності, яка впливає на здоров'язбережну поведінку. Бідність охоплює і об'єктивні обставини життя людей (рівень доходів, фінансових накопичень, власність, якість території проживання) та суб'єктивну сторону життя (переживання бідності, що впливає на психічне здоров'я, а також ціннісну сферу особистості). Зупинка економічного життя та звичних суспільних практик призводить до погіршення становища великих мас людей. У цьому контексті, ризики для фізичного та психічного здоров'я значно підвищуються. Часто це пов'язано навіть з проблемами нормального харчування. Тому, під час пандемії для багатьох європейських міст стала звичною практикою роздача безкоштовної їжі. При цьому кількість потребуючих такої допомоги різко зросла. Загалом, ЄС активно застосовував доступні економічні інструменти для запобігання поширення

бідності та зростання безробіття, які полягали в першу чергу у використанні бюджетних ресурсів для боротьби із масовими звільненнями та бідністю, а також збільшення інвестицій в критичні сфери економіки та соціальні програми.

Із бідністю пов'язані такі групи ризику, як *мігранти, біженці та бездомні*. Представники цих груп також перебувають в зоні особливо великого ризику. Як правило, у країнах ЄС та інших нелегальні мігранти та біженці перебувають у спеціальних таборах, санітарні умови в яких є надзвичайно поганими. Це становище погіршується також через переповненість багатьох таких таборів. Крім того, не маючи можливостей для легального перебування в приймаючій країні такі люди позбавленні будь-яких державних соціальних гарантій, а зусиль неурядових організацій замало. Отже, поширення захворювання в перенаселених, ізольованих, позбавлених нормальних санітарних умов та відповідної інфраструктури територій загрожує значно більшою за середню смертністю. Це при тому, що більшість людей в таких таборах позбавлена можливості на оперативну медичну допомогу.

Ще однією групою ризику люди без місця проживання (бездомні). В звичайних умовах, такі люди мали набагато більше можливостей знайти харчування. В умовах зупинки роботи закладів харчування та різкого зниження соціальної активності такі можливості стають фактично відсутніми. Таким чином, крім загрози зараження виникає і загроза голоду.

До груп ризику потрапляють і люди, в залежності від характеру їх *зайнятості*. Форма зайнятості стала вагомим фактором погіршення соціального становища багатьох людей. Особливо важка ситуація склалася для працівників з погодинною оплатою праці, багато з яких через запроваджений карантин втратили джерела доходів, а отже і можливостей піклуватися про власне здоров'я. Втрата доходів через карантинні заходи спровокувала велику кількість «антикарантинних» протестів у багатьох країнах, серед яких найбільш яскравим прикладом стали США. Крім цього зросло безробіття в усіх країнах, що вдавалися до жорсткого карантину. Загалом, найбільший удар пандемії відчуло на собі самозайняте



населення, малий та середній бізнес, тобто усі, хто не пов'язаний із державним фінансуванням та утриманням.

Іншим фактором потрапляння в групу ризику стала *страхова* медицина, яка діє у багатьох країнах. Внаслідок того, що велика кількість людей з різних причин не мала медичної страховки, відбулося радикальне зменшення можливостей для отримання медичних послуг для багатьох жителів економічно розвинених країн.

Отже, таке становище вразливих груп населення повинні визначати і політику їх підтримки з боку держави та неурядових організацій.

Значення для переживання подібних криз має і нерівність територій. В умовах тотальної самоізоляції потоки необхідних ресурсів для збереження здоров'я населення зіштовхуються із значними перешкодами. Так, в умовах села обмежені і дефіцитні засоби особистого захисту (маски, антисептичні засоби) стали недоступними для населення. На початкових етапах розгортання епідемії та пандемії виникає проблема оперативного державного реагування. Проблема нерівності територій також характерна для великих міст. Відмінність статусу міських територій виражається у розвитку соціальної інфраструктури в них, санітарному та екологічному стані. Це особливо актуально для міст, для яких притаманне існування поляризованих територій (багатих, елітних районів та районів-гетто, нетрів).

Фундаментальним елементом карантину, який запроваджувався в більшості країн, де був зафіксований спалах захворювань на вірус COVID-19 стала масштабна самоізоляція населення, яка стосувалась не лише осіб, які були інфікованими, але й здорових. Настільки масштабна самоізоляція, яка без перебільшень стала глобальною, поставила перед соціологією безліч питань: як змінюються повсякденні практики в умовах тривалого перебування людей в обмеженому просторі, які психологічні наслідки таких обмежень, самоізоляцію якої тривалості здатні переносити люди в економічному аспекті, як забезпечується комунікація людей фізично розділених, яким чином можлива соціальна солідарність в умовах примусової атомізації. Звичайно, цей список проблемних точок карантину

не є вичерпним. Таке різноманіття питань стали поштовхом до активізації соціологічних досліджень життя на карантині. В основному дослідження активізувались на рівні національних держав, але сьогодні ми можемо говорити про те, що їх результати дають можливість для порівнянь.

Звичайно, нашу увагу буде зосереджено на українських реаліях.

Карантин і самоізоляцію суспільство переживає у багатьох аспектах. Ми зупинимось на основних.

*Емоційне життя та дозвіллі практиці в умовах самоізоляції населення.* Вимушена самоізоляція більшості населення ламає звичний уклад життя і сформовані повсякденні практики, в тому числі дозвіллі. Вимушене перебування людей в обмеженому просторі потребує глибоко вивчення, адже в силу новизни ситуації ми достеменно не знаємо, які наслідки це матиме. До найбільш проблемних і обговорюваних аспектів вимушеної самоізоляції належать зокрема такі проблеми, як зростання конфліктності в сім'ях і як наслідок домашнього насильства, самогубств, зростання вживання наркотичних речовин та алкоголю, підвищення стресу, соціальна дезадаптація. До соціально-медичних проблем можна віднести такі як зниження колективного імунітету, як наслідку зниження фізичної активності та мінімізації часу перебування на свіжому повітрі.

До найбільш гострих проблем, які виникають перед ізольованими людьми – це переживання відчаю, безвиході, деструктивного стресу (дистресу). Негативні емоційні стани провокуються дією комплексу факторів. По-перше, це вплив загальної ситуації тривожності і відчуття небезпеки, що є наслідками швидкого поширення хвороби та загроз, що її супроводжують; по-друге, це вплив ЗМІ, які через непропорційно велику частину негативної інформації (статистика смертей, нових хворих, можливих економічних та соціальних втрат в майбутньому) «накручують» загальну нервозність; по-третє, це фактори, пов'язані із відносинами в середині сім'ї або іншої соціальної групи, яка знаходиться на самоізоляції (наприклад, зростання конфліктності в середині групи, пришвидшене емоційне вигорання людей, що змушені

здійснювати доглядову працю); по-четверте, фактори, пов'язані із індивідуальним переживанням кризової ситуації та станом здоров'я, як фізичного, так і психічного.

Опірність стресу в умовах самоізоляції є важливим ресурсом карантину і як усі ресурси він є вичерпним. Це означає, що є певний «безпечний» рівень тривалості жорсткого карантину, коли люди по-перше, погоджуються із розпорядженнями керуючих інститутів, а по-друге, можуть підтримувати нормальний психічний стан та нормально функціонувати в якості соціальних суб'єктів.

Безпечна тривалість карантину не є величиною сталою і вочевидь варіюється не тільки в залежності від міри загрози, але й від інших факторів: економічних можливостей жити в ізоляції (наявність достатніх грошових збережень, продуктів харчування, інших ресурсів або можливостей працювати віддалено), психічної стійкості індивідів та груп, ситуації в середині групи. Також не варто ігнорувати специфіку суспільств. Якщо в Китаї при меншій поширеності вірусу «протикарантинних» масових протестів не спостерігалось, то у США (при набагато більшій кількості хворих та летальних випадків) вони були досить частим явищем. Таким чином, соціологічні дослідження життя людей в умовах жорсткого карантину мають критичне значення для оперативної оцінки ситуації з боку держави.

До ключових змін емоційного життя в умовах самоізоляції належить коливання рівня дистресу. Дистрес – тип стресового стану людини, який негативно впливає на здоров'я, а також спричиняє до дезадаптації та дезорганізації. Як соціологічна проблема, дистрес пов'язаний із масовістю його прояву, а також причинами, що його спричиняють, а саме станом колективної свідомості, функціонуванням соціальних інститутів (наприклад, ЗМІ), внутрішньо груповими відносинами. Стосовно дистресу, українські соціологи [29, с. 74-92] виділили п'ять основних стресових факторів, що мають безпосереднє відношення до життя в ізоляції.

До найвагомішого стресового фактору належить *страх власного зараження*. Збільшення імовірності власного зараження (в суб'єктивних оцінках) призводить і до підвищення

рівня дистресу. Оцінка імовірності як максимальної у більшості випадків призводить до підвищеного або максимального дистресу. Хоча рівень дистресу має ще й гендерний аспект. Наприклад, у чоловіків він може бути нижчим, ніж у жінок.

Наступний чинник пов'язаний із споживанням інформації про хворобу. Так, суттєвим стресором є *зацикленість на новинах про хворобу* (у нашому випадку, про COVID-19).

Зокрема, серед жінок ті, хто слідкують за ними майже щогодини спостерігається підвищений або високий психологічний дистрес. Для чоловіків у цій групі завищений психологічний дистрес спостерігається суттєво менше.

На стресостійкість впливає і стан здоров'я. Тому, вагомим фактором дистресу є частота захворювань. Чим частіше хворіє людина, тим вище рівень дистресу можна у неї спостерігати.

Самоізоляція означає в першу чергу обмеження просторової та соціальної активності. Тобто, індивіди змушені жити в обмеженому просторі досить тривалий час у групі з «постійним складом». У цьому контексті велике значення має характер відносин, які складаються в групі. Тому, наступним за впливовістю стресовим фактором є *оцінка напруженості стосунків з людьми, разом з якими проживає людина*. Зростання напруженості у відносинах з іншими призводить, відповідно, до зростання рівня дистресу вище норми. Серед жінок цей феномен проявляється більш гостро, ніж серед чоловіків.

Більш рівномірно серед чоловіків та жінок розподіляється такий фактор дистресу, як *оцінка того, як важко залишатися постійно вдома у разі запровадження суворого карантину*. Відповідно, чим складніше людині залишатися постійно вдома, тим вищим є рівень дистресу.

Загалом, ізоляція є надзвичайно складним та некомфортним станом для людини, як істоти соціальної. Не дивно, що найбільш жорсткі покарання для людини як правило пов'язані із ізоляцією та виключенням із групи. Починаючи від ставлення в куток дітей, до ув'язнення в камерах-одиночках у в'язницях. Відома форма покарання в давній Греції остракізм (вигнання за межі полісу) також пов'язана із сегрегацією індивіда. Таким чином, проблема обмеження соціальних

контактів виявляє себе у відповідних емоціях, що виникають при переживанні стану ізоляції. Так, ті, хто став рідше спілкуватися з друзями та близькими, частіше відчувають сум та гнів. Тоді як ті, хто, навпаки, частіше спілкується з друзями, частіше інших відчувають радість. Отже, як бачимо, масове поширення хвороб, яке набуває масштабів епідемії та пандемії загалом негативно впливає на психічне здоров'я людей. Цей факт був відмічений й ООН.

Так, пандемія COVID-19 негативно позначилася на психічному здоров'ї людей в країнах, які постраждали від поширення вірусу. Зокрема, страх смерті і втрати близьких, ізоляція, економічні потрясіння і труднощі, невпевненість в завтрашньому дні стали наслідком кризової ситуації. Зважаючи на це, генеральний секретар ООН Антоніу Гутерріш закликав збільшити фінансування служб психологічної допомоги, потреба в яких значно зростає. «Пандемія COVID-19 вплинула на цілі сім'ї і спільноти. Мова йде про додатковий психологічний стрес. В цьому плані найбільш схильні до ризику співробітники сфери охорони здоров'я, люди похилого віку, підлітки та молодь, особи у яких раніше спостерігалися психічні розлади і ті, хто зіткнулися з кризовою або конфліктною ситуацією. Ми повинні допомогти їм і підтримати» [78].

Особливу заклопотаність у фахівців ООН викликало стан психічного здоров'я медичних працівників. Голова департаменту психічного здоров'я ВООЗ Девора Кестель так прокоментувала результати опитувань медичних працівників в різних країнах світу: «Згідно з дослідженнями, які проводилися в Канаді, 47% співробітників сфери охорони здоров'я повідомили про те, що потребують психологічної підтримки. 47% – тобто практично половина опитаних. У Китаї у нас дещо інші показники: пригнічений стан переживають 50% медиків, 45% відчувають тривожність, безсонням страждають 34%» [78].

Погіршення психічного здоров'я сприяє і погіршенню фізичного здоров'я, адже стрес, а також зміни способу життя, внаслідок карантину, призводять до зниження імунітету. Так, в умовах гіподинамії послаблюється і тонус організму, що сприймається як симптом хвороби. Таким чином, вірусні

пандемії мають своїм наслідком і кризи в області психічного здоров'я.

Крім цього, тривале перебування в ізоляції змінює дозвіллеві практики. Хоча ми не можемо сказати, що відбувається радикальна перебудова проведення вільного часу. Найсуттєвішою зміною є те, що цілий пласт практик стає недоступними, через обмеження пересування. Наприклад, відвідування парків чи культурної інфраструктури міст: храмів, театрів, кінотеатрів та ін. Хоча багато з практик стають доступними в онлайн чи теле-режимі. У таких умовах зростає споживання інформації та ролі Інтернету і телебачення. Все ж, соціологія намагається встановити, які саме поведінкові моделі в проведенні дозвілля виникають в умовах ізоляції. Згідно з дослідженнями можна виділити декілька основних таких моделей: по-перше, збільшення часу на практики саморозвитку (спорт, хобі, читання, навчання); по-друге, збільшення часу на відпочинок (перегляд фільмів, серіалів, їжа, сон, прослуховування музики); по-третє, гедонізм: покупки речей та їжі онлайн, вживання алкоголю та секс; по-четверте, збільшення часу на спілкування або ж заняття домашніми справами [39].

*Економічний аспект.* Обмеження економічної активності в результаті карантинних обмежень створює додаткові ризики для населення, можливості відтворення прийняттого рівня життя для якого суттєво скорочуються. Тривалість цих обмежень прямо пов'язана із зменшенням економічних можливостей людей, що у свою чергу відображається на здатності підтримувати фізичне і психічне здоров'я.

Важливим для розуміння того, як живе населення в умовах обмеження ресурсів, є «запас міцності» сімей, що потрапляють в ситуацію самоізоляції. Звичайно, що цей запас відрізняється в залежності від економічного розвитку країни. Крім суб'єктивних оцінок економічного становища варто також звертати увагу на об'єктивні економічні показники, які демонструє суспільство. Найважливішим серед них в контексті здоров'я є зайнятість. Саме цей аспект економічного життя зазнав найбільшого впливу економічних потрясінь через пандемію.

Загальний вплив пандемії COVID-19 на українську економіку протягом березня – липня 2020 р. виявився у таких ключових змінах ринку праці:

- скорочення зайнятості в Україні та зростання кількості безробітних в Україні;
- зменшення кількості трудових мігрантів;
- внаслідок зменшення заробітної плати та втрати роботи мілкими підприємцями суттєво зменшилися доходи населення.

Характерною ознакою ринку праці в Україні під час пандемії стало суттєве зростання прихованого безробіття – вимушеної неповної зайнятості працівників, які з різних соціальних та економічних причин стали зайвими, але залишаються у складі організації. Однією із найпоширеніших форм прихованого безробіття є неоплачувана відпустка за ініціативи адміністрації. Масштаби прихованого безробіття оцінити складно, враховуючи й те, що офіційні урядові дані демонструють значно менший рівень безробіття. За різними даними до 17% робочої сили на піковій стадії карантину знаходились в стані прихованого.

Психічні, соціальні та економічні аспекти карантину визначають найважливіший ресурс карантину: готовність його дотримуватись. У цьому контексті важко говорити щось остаточно, адже все залежить від того, скільки часу триває карантин на момент дослідження і на який період він продовжується після. Так, важливе дослідження в кінці квітня 2020 р. провів Київський міжнародний інститут соціології (КМІС) [112].

Респондентам було поставлено питання: *«Зараз неможливо передбачити, як буде зростати кількість хворих. Можливо, уряду доведеться продовжувати карантин. Протягом якого терміну Ви зможете дотримуватися карантинних заходів?»*. За результатами дослідження було з'ясовано, що 59% були готові дотримуватися карантину необмежений час («стільки, скільки потрібно»), 6% до 3-х місяців, 5% до 2-х місяців і 9% не більше місяця. Це означає, що переважна більшість населення готова була до продовження карантину. Зокрема майже 80% (точніше 79%) були готовим до

продовження його на 1 місяць і більше, з них 70% на два місяці і більше, 59% були згодні дотримуватися карантину стільки, скільки потрібно. Але досить велика частка респондентів заявили про недотримання карантину. Так, 15% не дотримувалися карантину, з них 11% відповіли, що не дотримувалися карантину, тому що працюють, 4% – тому що вважають його вимоги надмірними [79].

Оцінка згоди на продовження карантину є важливим знанням для урядів країн, які продовжують жити в умовах антикризового управління. Особливо актуальними такі дослідження стають в ситуації ризику повторних хвиль захворюваності, коли подальші протиепідемічні дії управляючих інституцій повинні більш ретельно оцінюватись в залежності від ситуації, що складається. Наприклад, дослідження низки європейських країн продемонстрували відносно високу готовність населення до можливих повторних жорстких карантинних обмежень. Влітку 2020 р., коли загроза другої хвилі захворюваності на коронавірусну інфекцію була більш, ніж реальною 38% респондентів в Німеччині рішуче схвалювали повторні жорсткі обмежувальні заходи, якщо вони будуть необхідними для боротьби із розповсюдженням вірусу. Ще 32% – були не проти таких заходів. Так чи інакше з карантинном були годні 54% респондентів у Франції. також 60% в Італії та Іспанії. Щодо таких атрибутів карантину повсякденного життя, як носіння захисних масок, то дотримання цього режиму життя по різному виявляється в країнах, що різною мірою постраждали від пандемії. Так, в червні 2020 р. 27% німецьких та 31% французьких респондентів завжди носили маску, щоб прикрити рот і ніс, виходячи з дому, тоді як в Італії та Іспанії, які постраждали найбільше в ЄС, цей показник склав 56% і 63%, відповідно [120].

Але все ж зауважимо, що такі дослідження хоча і є оперативною, але проміжною оцінкою, яка дозволяє, наприклад, державній владі розуміти можливості «політики карантину», які часові, економічні та психологічні ресурси наявні у населення для підтримки нормальної життєдіяльності в умовах жорстких соціальних, економічних та просторових обмежень. Тому, вважаємо за доцільне сформулювати поняття *ресурсів*



*карантину*, спираючись на практику соціологічних досліджень життя людей на карантині. На нашу думку, *ресурси карантину* (ресурс – від фр. *ressource* «допоміжний засіб») – це соціальні, економічні, психічні можливості індивіда або групи здійснювати життєдіяльність, відтворювати себе в якості суб'єкта соціальних відносин в умовах вимушеної самоізоляції в рамках масштабних карантинних заходів. З боку держави такі ресурси виявляються у рівні підтримки населенням протиепідемічних дій, його згоди на вимушені обмеження, загальної економічної ситуації в країні та соціально-економічного становища вразливих груп.

*Резюме.* Карантин – комплекс протиепідемічних заходів, метою яких є перешкодження розповсюдження інфекційних хвороб епідемічного характеру. До найважливіших соціальних наслідків карантину належить підвищення соціальних ризиків для вразливих груп населення, до яких належать такі, як літні люди, діти, бідні, мігранти, біженці та люди без постійного місця проживання, самозайняті та безробітні.

Вимушена самоізоляція населення в рамках жорстких карантинних заходів призводить до радикальної зміни повсякденного життя, що виявляється у зміні дозвілених практик, емоційного життя та психічного здоров'я, внутрішньо групових відносинах, зниженні рівня матеріальної забезпеченості.

Можливості тривалого карантину визначаються багатьма факторами, до основних з яких належать такі, як підтримка населенням протиепідемічних дій держави, економічна спроможність тривалого перебування в самоізоляції. Комплекс цих факторів визначає *ресурси карантину* – соціальних, економічних, психічних можливостей індивіда або групи здійснювати життєдіяльність, відтворювати себе в якості суб'єкта соціальних відносин в умовах вимушеної самоізоляції. З боку держави такі ресурси виявляються у рівні підтримки населенням протиепідемічних дій, його згоди на вимушені обмеження, загальної економічної ситуації в країні та соціально-економічного становища вразливих груп.

*Питання для самоконтролю:*

1. Розкрийте відмінність між поняттями карантин, обсервація та самоізоляція
2. Висвітліть основні зміни повсякденного життя в умовах вимушеної самоізоляції
3. Поясніть відмінності між рівнем дистресу у чоловіків та жінок
4. Як ви розумієте поняття ресурсів карантину?

## §2.5. Пандемія і соціальні зміни

Пандемія, якщо ми говоримо про глобальне розповсюдження хвороби і епідемія, коли говоримо про окремі країни, є подіями, що значно впливають на суспільне життя, призводячи до змін, глибина, масштаб та радикальність яких залежні від того, які загрози несе захворювання для суспільного здоров'я. Пандемія COVID-19 стала *фактором соціальних змін* не лише в окремих країнах, але й в масштабах глобальних, зачіпивши ключові сфери життєдіяльності суспільства: економіку, культуру, систему охорони здоров'я, міжнародні відносини. Природно, що подія таких масштабів спровокувала чисельні спроби зрозуміти ці зміни та їх спрямованість. Тобто спрогнозувати те, яким чином зміниться життя в окремих країнах та у світі загалом. Це є одним із завдань соціології.

Соціальні зміни – одне ключових понять соціології, яке відображає фундаментальну властивість суспільства – його динаміку. У найбільш широкому розумінні, соціальні зміни – це перехід соціального об'єкта з одного його стану в інший. Соціальні зміни охоплюють усі рівні організації суспільства. Вони можуть стосуватися як незначних перетворень, так і перетворень, що радикально змінюють суспільство.

Суспільство існує в неперервному часовому континуумі. Його майбутнє як потенціал уже існує в суспільній практиці минулого і сьогодення. Таким чином, настання того чи іншого майбутнього піддається розумінню в причинно-наслідковій логіці, а отже майбутнє доступне для прогнозування. Пандемія COVID-19 не є прикрою випадковістю, а точніше вона не є тільки випадковістю. Якщо, наприклад, міжвидову передачу вірусу спрогнозувати було важко, то причини швидкого розповсюдження хвороби у Китаї, а згодом у світі лежать в структурі сучасної глобальної економіки, взаємовідносинах людей із природою, соціальній стратифікації суспільств. Завданням соціології здоров'я є не розуміння природного механізму розповсюдження вірусу, а саме тих соціальних факторів, які сприяли переростанню епідемії в пандемію. Отже, така постановка завдань соціології передбачає і необхідність

передбачення наслідків пандемії, які часто виходять виключно за межі проблематики здоров'я.

Але наукові передбачення, тобто прогнози, неможливі без розуміння передумов, внаслідок яких виникає те чи інше соціальне явище. Таким чином, велике значення для розуміння змін, до яких призводить пандемія відіграє соціологічна рефлексія соціальних передумов поширення вірусу.

Так, на спроможність суспільства ефективно протидіяти епідеміям, включаючи заходи, спрямовані на їх попередження, впливає той економічний уклад, за яким живе те чи інше суспільство. Розглядаючи проблеми, що оголошила пандемія COVID-19 у світі та в Україні, луганський соціолог І. Кононов зауважує декілька принципових аспектів. По-перше, спалах захворювань на новий тип коронавірусу в Ухані стає пандемією внаслідок глобалізованості світу, який «пронизаний потоками людей, товарів, грошей та ідей» [52]. Із цією думкою згідна більшість науковців, що намагались відрефлексувати соціальні наслідки поширення вірусу. Свобода і легкість пересування в глобалізованому світі інтенсифікувала і кількість контактів між людьми, що створило сприятливі умови для поширення захворювання. Реакція країн на дану обставину полягає у створенні умов протилежних: в ізоляції та обмеженні пересувань. Виникає на перший погляд парадоксальна ситуація: глобальна проблема може бути вирішеною на рівні локальному. По-друге: він наголошує, що великий бізнес позбавився багатьох соціальних зобов'язань. Через виведення податків в офшорні зони були ослаблені інститути національних держав, які в умовах глобального ліберального капіталізму втратили значну частину суверенітету. При цьому, сучасна економічна система посилює антропогенний тиск на біосферу, внаслідок чого зростають загрози і для самої людини. В таких обставинах складаються передумови для більш масштабних криз.

Суперечності сучасного капіталізму відзначає А. Бадью. Але він також зауважує місце Китаю в сучасній капіталістичній системі, в якій він займає центральне місце. «Світова фабрика» пов'язана із світом величезною мережею зв'язків. В першу чергу економічних. Цей фактор глобалізованої економіки, «інтенсивна та універсальна присутність на світовому ринку»

Китаю призвів до того, що розповсюдження вірусу стало настільки швидким та фактично позбавило китайську владу оперативного простору. Це унеможливило закриття епіцентру хвороби (провінції Хубей) до того, як новий коронавірус почав розповсюджуватись за межами не тільки провінції, а й Китаю. Звичайно, велике значення відіграла і специфічність Китаю, де поєднався архаїзм китайських ринків з їх антисанітарією та швидким рухом глобального капіталістичного ринку.

Бадью артикулює фундаментальне протиріччя сучасного капіталізму: з одного боку це глобальність ринку, який диктує умови політиці, яка залишається локальною в межах національних держав. Одночасно із суперництвом «імперіалізмів» така ситуація не дозволяє виникнути світовій капіталістичній державі. В умовах боротьби із розповсюдженням хвороби, держави потрапляють у пастку необхідності змінювати стиль поведінки, дотримуючись законів капіталу. В таких обставинах держава неминуче себе поводить як на війні. Неминучим стає і зростання авторитаризму для «захисту внутрішнього капіталізму» та уникнення стратегічної катастрофи. Звідси і береться метафора війни, яку широко використовували у багатьох державах, що зіткнулись із поширенням нового коронавірусу.

Загальними недоліками європейських (і не тільки) держав у протиепідемічній боротьбі були два основних: не готовність до епідемії такого масштабу і ослаблення системи охорони здоров'я, зняття держави з себе відповідальності за спільні інтереси. Епідемія показала необхідність зміни підходу сучасної держави до цих питань. Класова капіталістична держава опинившись в нових умовах повинна інтегрувати інтереси класу, який вона представляє в систему інтересів усіх інших. Тепер держава не може обслуговувати тільки клас правлячий, тільки інтереси ринку. Сучасність вимагає капіталізму «із людським обличчям». Згорання соціальної держави у багатьох країнах заходу і стало однією із причин настільки важкого становища, в якому опинились ці держави через пандемію. Але, в кінцевому результаті, під найбільший удар потрапляють найменш захищені та найбільш вразливі соціальні групи та їх здоров'я.

Серйозні проблеми в соціальному забезпеченні в ліберальних ринкових економіках полягають в тій обставині, що між державою і населенням існує негласний контракт, згідно з яким держава захищає здоров'я і безпеку населення. Але пандемія показала, що держава свою роль виконує все і гірше, а подекуди цей негласний контракт перебуває в стані розірвання. Це при тому, що в умовах подібних криз держава виступає фактично як єдина сила, що здатна здійснювати ефективне антикризове управління. Але, держава суттєво втратила здатність виступати в якості гаранта безпеки для населення через те, що перетворилась в інструмент впровадження неоліберальної економічної політики, яка передбачає скорочення соціальних витрат, дерегуляцію економіки та захист інтересів корпорацій.

При усіх існуючих недоліках системи захисту здоров'я населення, є й інші фактори, вплив яких означає, що остання пандемічна криза – не остання. Сьогодні антропогенний тиск на біосферу надзвичайно великий. Зон, які були б вільними від впливу людини надзвичайно мало, що збільшує кількість контактів людини із патогенами тваринного походження.

Крім такого екологічного виміру кризи COVID-19, її новизна полягає в тому, що вона стала одним з наслідків того, що впродовж останніх років між інтересами суспільними (забезпечення систем охорони здоров'я, освіти) та економічними, пріоритет надавався економічним. На початкових етапах пандемії деякі європейські країни йшли шляхом жертвування людьми з груп ризику в обмін на інтереси економіки. Але поширення вірусу показало, що економіка надто сильно залежить від здоров'я населення. При тому, що самі корпорації виявились безпорадними перед загрозою. Таким чином, сама криза задає вектори того, як повинен змінитися сучасний капіталізм.

Ліберальний капіталізм нехтував суспільними інтересами та такими важливими для економіки ресурсами як освіта, інфраструктура чи здоров'я. Пандемія стала симптомом глибокої кризи, в якій знаходиться людство, перед яким постає необхідність солідарної відповіді на загрози, до яких належать і такі як COVID-19, і екологічні проблеми.

Важливим аспектом в соціологічній рефлексії причин пандемії, що лежать в площині економічних відносин є те, що ліберальний капіталізм виявив свої недоліки не тільки в контексті поширення нового коронавірусу. Протиріччя між ринковою свободою та суспільними потребами є його атрибутом. Так, Наомі Кляйн зауважує, що на етапі становлення сучасної форми капіталізму, яка прийшла на зміну економічній моделі Кейнса, ліберальні економічні реформи, як правило призводили до згортання соціальної держави, що виявилось у скороченні витрат на соціальні державні програми. Наприклад, ліберальні економічні реформи Піночета у Чилі (один із перших прикладів ліберальних економічних реформ у Південній Америці) призвели до скорочення видатків у першу чергу на систему охорони здоров'я та освіти. Загалом, становлення ліберального капіталізму супроводжується скороченням соціальних зобов'язань держави, в контексті швидкої дерегуляції економіки. Такий процес інколи називають «шоковою терапією» [49]. Притаманні ринковій економіці недоліки та суперечності в умовах усунення держави від управління економічними процесами призводить до значного загострення цих протиріч. Тому, ліберальні економічні реформи як правило супроводжуються зростанням безробіття, бідності, поглиблення соціальних нерівностей, в тому числі нерівностей відносно здоров'я.

Суперечності, що притаманні ліберальній економічній моделі є системними в цілому для ліберальної моделі соціальної держави. Один із найвідоміших дослідників сучасного капіталізму датський соціолог Г. Еспінг-Андерссен розрізняв три режими держави добробуту: ліберальний (надлишковий), консервативний (корпоративний), соціал-демократичний (універсальний). Для перших двох режимів характерна адресна соціальна політика, яка призводить до закріплення соціальних нерівностей. Для соціал-демократичного режиму характерна спрямованість на підвищення загального рівня життя. Це виражається у відповідній моделі соціальної політики, в межах якої держава намагається охопити соціальними послугами максимальну кількість людей, наприклад, через загальнодоступну систему освіти та охорони здоров'я. Тобто, в

соціал-демократичних режимах державна політика спрямовується на попередження негативних соціальних явищ, а не на їх мінімізацію, з метою підтримки стабільного стану суспільної системи. Але такий підхід в кризових умовах не виправдовує себе, призводячи до різкого загострення соціальних проблем.

Таблиця 2.

**Режими держави добробуту [32]**

<b>Фактори</b>	<b>Ліберальний (залишковий)</b>	<b>Консервативний (корпоративний)</b>	<b>Соціал-демократичний (універсальний)</b>
Політична економія	Лібералізм (laissezfaire і лівий лібералізм)	Консерватизм (корпоративізм, етатизм, патерналізм)	Соціал-демократія
Цілі та цінності	Самозабезпечення індивідів на ринку, свобода	Безпека, підтримка статусних відмінностей	Декомодифікація, рівність, безпека
Домінуючі форми послуг	Послуги допомоги, стимулювання приватної системи піклування	Соціальне страхування та послуги допомоги	Універсальні послуги
Декомодифікація	Низька	Середня (для зайнятих - висока)	Висока
Резидуальність	Висока	Висока	Слабка
Приватизація	Висока	Низька	Низька
Корпоративізм / етатизм	Слабкий	Сильний	Слабкий



Продовження табл. 2

<b>Фактори</b>	<b>Ліберальний (залишковий)</b>	<b>Консервативний (корпоративний)</b>	<b>Соціал- демократичний (універсальний)</b>
Стратифікація	Загострення існуючої нерівності	Закріплення статусної диференціації	Егалізація
Перерозподіл	Низький	Помірний	Високий
Гарантія повної зайнятості	Слабка	Середня	Висока
Центр добробуту	Ринок	Сім'я	Держава
Прототип	США, Велика Британія	Німеччина, Франція	Швеція, Норвегія

Таким чином, система охорони здоров'я, як й інші критично важливі для забезпечення життєдіяльності людей сфери в умовах ліберального капіталізму позбавляються значної частини державної підтримки.

Отже, до основних передумов стрімкого і глобального поширення вірусу COVID-19 належать такі: 1) глобалізація, яка інтенсифікує контакти між людьми, їх переміщення, а також переміщення товарів та інших ресурсів; 2) структурні суперечності ліберального капіталізму, які виявили себе в першу чергу у скороченні видатків на охорону здоров'я та інші суспільні потреби; 3) суперечливі відносини людей з природою, в яких діяльність людей призводить до руйнування екосистем, вторгнення на території проживання тварин, внаслідок чого контакти людей і з тваринами, і з мікроорганізмами, і з вірусами стають більш тісними, що підвищує загрозу поширення різного роду хвороб, спричинених, зокрема, вірусними інфекціями.

Розуміння соціальних передумов поширення вірусу в пандемічних масштабах дозволяє продукувати прогнози на майбутнє або, принаймні, висувати обґрунтовані припущення щодо подальшого розвитку окремих суспільств та міжнародної

спільноти. Звичайно, що ключ до розуміння майбутнього знаходиться в практиках і тенденціях, які є в сучасності. Розуміючи актуальний стан соціального об'єкта, тенденції його розвитку, з відносно високою точністю ми можемо робити прогнози, наприклад, короткострокові чи середньострокові. Таким чином, ключ до пізнання майбутнього лежить в пізнанні сучасного.

Глобальна самоізоляція на усіх рівнях соціальної структури (від індивіда до держав та їх об'єднань) створила передумови для виникнення нових соціальних практик або зростання важливості деяких уже існуючих. Наприклад, якщо в системі освіти дистанційна форма навчання була однією із множини можливих, то в умовах глобального карантину вона стала єдиною можливою. Разом з тим, виникає комплекс питань, які потребують прискіпливого аналізу. Зокрема, які з практик, що стали дистанційними, можуть укорінитись, не повертаючись до старої форми. Або, говорячи, зокрема про онлайн-торгівлю, виникає питання, чи замінить вона цілком традиційні форми торгівлі? Чи її незамінність в умовах самоізоляції залишиться на тому ж рівні?

Аналізуючи існуючі тексти стосовно цієї теми, можемо побачити дві основні тенденції в дискурсі постпандемічного майбутнього: від радикальних до більш стриманих версій майбутнього. Наприклад, І. Кононов вказує: «Багато публіцистів уже зробили висновок, що світ нинішня пандемія змінила назавжди. Я такий висновок зробити не можу» [52]. Певний скептицизм відносно радикальності змін після пандемії виказував і М. Горшков, наполягаючи, що прихильники радикальних версій постпандемічного майбутнього «не враховують дійсно важливих закономірностей повсякденного життя людей. Свідомість людини, як і великих соціальних груп, по природі своїй консервативна і змінюється не так динамічно, як відбуваються зміни в бутті, та й не відразу слідом за ними. Сформовані раніше установки і стереотипи, звички і нахили людей дуже живучі. А що вже говорити про стійкість їх потреб та інтересів - реальних двигунів нашого життя?» [1]. Тим не менш, означені сценарії можуть справджуватись в тій чи іншій мірі. Пандемія COVID-19 хоча і не призвела до революційних

змін у відносинах між людьми, все багато процесів, що мали місце у сучасних суспільствах отримали додатковий імпульс. Тому, для розуміння характеру існуючого дискурсу, варто розглянути більш детально ці тенденції.

*Роль держави.* Що стало характерним для пандемії коронавірусу – це зміна ролі держави в управлінні суспільством. Попри зниження суверенітету держави як соціального інституту, збільшення його залежності від суб'єктів ринкової економіки, в умовах кризи держава стала головною інституцією, що організувала та проводила протиепідемічну боротьбу. Спільним для багатьох країн, які постраждали від пандемії та змушені були вдаватися до жорстких заходів, стало зростання довіри населення не лише до антикризової політики держави, але й до чиновників загалом, хоча цей феномен в цілому був не тривалим. Пов'язано це з тим, що в умовах загрози життю держава стала фактично єдиною силою, яка мала потенціал організувати ефективну боротьбу проти поширення хвороби, отже і захистити життя та здоров'я людей. Саме тому в цей час політичні розбіжності відступили на другий план. Згода на обмеження важливих для європейських суспільств прав та свобод стала можливою завдяки страху за життя та здоров'я. Довіра до владних інституцій в їх боротьбі із хворобою пов'язана також із успіхами Китаю, як країни, що уособлює могутність держави. Так, українці оцінювали Китай як найбільш успішну країну у боротьбі із епідемією: 45,6% українців вважали, що Китай є найбільш успішною країною у боротьбі з поширенням вірусу. Тоді як Німеччина, яка займала другу позицію, отримала всього 9%.

В Україні протиепідемічна політика влади у лютому 2020 р., у порівнянні із іншими її діями також користувалась найбільшою підтримкою. Так, 40% вважали, що влада успішна в протидії епідемії коронавірусу, 48% – притримувалися думки, що неуспішна. І хоча більшість оцінювала дії влади більш негативно, все ж в інших аспектах політики влади оцінки були суттєво нижчими. Так, 17% опитаних вважали, що влада успішна в запобіганні можливих економічних труднощів в Україні, пов'язаних з епідемією коронавірусу; 57% думали, що неуспішна. 17% респондентів думали, що влада успішна у

забезпеченні доступності медичних послуг для громадян, 70% вважали, що не успішна. В оцінці успішності влади у справі вирішення конфлікту на Донбасі 12% опитаних думали, що влада успішна, а 70% – що не успішна. Боротьба з корупцією на вищих щаблях влади неуспішна: так думали 75%, що успішна – 10% [76].

В період найбільшого поширення захворювання і найбільш жорстких карантинних заходів державна політика відносно боротьби із епідемією користувалась досить високою підтримкою. Так, 55% опитаних вважали реагування Президента на загрозу коронавірусу в Україні ефективним, 31% – були протилежної думки. Щодо Міністерства охорони здоров'я, то 41% опитаних вважали дії відомства ефективними, 44% – неефективними. Відносно Міністерства внутрішніх справ, то 39% вважали дії цього інституту ефективними, 35% – неефективними, 25% – не змогли оцінити. Згодом підтримка дій МОЗ та МВС – зросли. 61% опитаних вважали введені владою заходи по боротьбі з коронавірусом оптимальними. 17% стверджували, що вони занадто м'які. 15% були переконані, що заходи дуже жорсткі. Майже 70% вважали введеної карантин ефективним, чверть - давали протилежні оцінки [97].

Зважаючи на традиційно низьку довіру українського населення до влади, такі відносно високі оцінки її протиепідемічної політики свідчать про те, що в цілому в Україні повторювались поширені тренди зростання довіри до держави та чиновників, за тієї обставини, що карантин та самоізоляція були суттєвими обмеженнями прав і свобод.

І хоча підтримка протиепідемічних дій влади не є величиною сталою, а залежить від тривалості карантину, зміни соціально-економічного становища населення, ефективності боротьби із розповсюдження хвороби і підтримки економіки та вразливих груп, все ж очевидно, що роль держави в постпандемічному світі так чи інакше, зміниться. Нехтування потребами людей, безпекою їх життя в економічній моделі «постійного росту» призвела до зниження стійкості критично важливих структур: системи охорони здоров'я та зайнятості. Тому, як зазначає Я. Кузьмінов державі доведеться брати на себе відповідальність за громадян, їх підтримку в разі втрати

роботи та забезпечувати безпечні умови життя. Займатися проблемами громадян, доведеться державі.

Тривала криза може змінити політику постійного зростання на політику стійкості, де держава виступатиме її гарантом. Завданням держави стане відтворення безпечних та передбачуваних умов життя. Але зростання впливу держави може бути заснованим тільки на готовності людей коритися державі та їх готовності відмовитись від частини своїх прав та свобод

Один з найвизначніших соціологів сучасності Бруно Латур, розмірковуючи про дії держав в боротьбі проти пандемії, вказує що європейські держави повертаються у ХІХ ст., адже діють методами, що не відповідають вимогам ХХІ ст. та умовам кліматичних змін. Латур наголошує, що держави виявились не готовими до санітарної кризи і залишаються неготовими до кризи кліматичної, яка виявиться більш загрозливою, масштабною, адже торкнеться кожного і не на певний час, а назавжди. Це означає, що держави буде необхідно організовувати життя на усіх рівнях соціальної організації. Але якщо в умовах санітарної кризи держава виступає в ролі педагога, який вчить поведінці суспільство (в тому числі і тому, як правильно пчихати), то кліматична криза змінить ролі і держава стане учнем, який змушений буде вчитись «в різномірного народу, на численних рівнях, як організувати існування на територіях, де люди випробовуватимуть різні методи виживання, намагаючись вийти з нинішнього глобалізованого виробництва. Вона взагалі буде нездатна диктувати директиви згори» [118].

#### *Криза лібералізму і цифрова диктатура.*

Лібералізм як соціальна доктрина та ідеологія не вичерпується ідеєю вільного ринку. Вона обґрунтовує цілісну модель суспільного устрою, де головною цінністю є свобода. Ця ідея у сучасному світі стикається із серйозними викликами своєму подальшому існуванню. І пов'язано це у першу чергу із розвитком технологій спостереження. Це аспект сучасного суспільства найбільш яскраво виявив себе під час пандемії, коли максимально можливе спостереження за людьми стало життєвою необхідністю.

Розвиток сучасних технологій слідкування сьогодні створюють безпрецедентні в історії людства можливості тотального спостереження. Наприклад, наявність смартфона дозволяє відслідковувати переміщення та контакти індивіда, а велика кількість камер із функцією розпізнавання обличчя підвищує ефективність спостереження. Зобов'язання передавати деякі біологічні дані (наприклад, температуру тіла), що практикується в Китаї, розширює перелік того, за чим традиційно слідкують. Юваль Харарі пише: «Раніше, коли ваш палець торкався екрану смартфона і натискав на посилання, уряд цікавило лише те, на що саме натискає ваш палець. Але тепер уряд хоче знати, яка у вашого пальця температура і який артеріальний тиск всередині» [142].

Практики відслідковування і контролю переміщень індивіда стали глобальними. В Україні контроль за дотриманням умов самоізоляції та обсервації здійснювався, зокрема, за допомогою мобільного додатка, який передбачав не тільки відслідковування геолокації, але й технологію FaceID. З одного боку технології дозволяють оперативнo відслідковувати контакти інфікованого індивіда і гіпотетично можуть дозволити скоротити або взагалі ліквідувати ланцюги передачі інфекції. Але з іншого боку, такі технології створюють нові можливості маніпулювання, аж до управління емоціями.

Настороженість Харарі полягає в тому, що заходи обмеження приватності, які під час пандемії були тимчасовими, можуть стати постійними, адже це відповідає інтересам урядів. Вдосконалення технологій спостереження, в тому числі, збору біометричної інформації створює умови для різкого переходу від «зовнішнього» до «внутрішнього» спостереження. Але самі по собі технології спостереження не єдина проблема. Харарі відзначає важливий аспект тотального спостереження: його легітимність. Тобто мова йде про добровільний дозвіл з боку суспільства спостерігати за ним. Насправді, такий вибір стає умовно вільним, адже суспільство потрапляє у ситуацію ілюзії вибору, який зводиться до вибору між здоров'ям та спостереженням. На думку Харарі, згода на тотальний контроль в обмін на здоров'я не є демократичним і вільним. Відзначимо, що Харарі ще до початку пандемії вказував на те, що розвиток

технологій слідкування, які включають і контроль над біометричною інформацією, створюють передумови для виникнення безпрецедентної в людській історії форми соціальних нерівностей.

Необхідність контролю переміщень людей в період карантинних заходів означає створення великих баз персональних даних. Зокрема, такі бази створювались при реєстрації для отримання електронних пропусків, які практикувались в багатьох країнах, наприклад, Росії. Доступ до таких баз, звичайно, підвищує ризики їх несанкціонованого використання, що ставить питання про дотримання фундаментальних прав людини, до яких належить і приватність. Наразі, існує мало гарантій, що уряди не будуть використовувати їх всупереч волі людини. У цьому контексті, показовим є приклад республіки Татарстан, де подібна база була знищена офіційно під наглядом спеціальної комісії. Спільне для багатьох побоювання висловив Уільям Дж. Бьорнс, який заявив, що ліберальний світовий порядок у майбутньому буде більш неупорядкованим та менш вільним.

Цифрові технології, що використовувались в тому числі у боротьбі із хворобою стануть додатковим фактором зміцнення авторитаризму. Абсолютизація санітарних норм та контроль за їх виконанням є додатковим чинником кризи лібералізму а суперництво країн, в умовах дефіцитних ресурсів знижуватимуть здатність консолідованої відповіді людства на найбільшу загрозу: кліматичну кризу.

*Зайнятість та праця.* Карантин та ізоляція великої кількості людей змінила й умови функціонування економіки, яка є нічим іншим як сферою відносин між людьми. Таким чином, традиційна зайнятість на період карантину зазнала значних змін. Вони, полягають в першу чергу у посиленні ролі віддаленої зайнятості, що в цілому стало лише інтенсифікацією процесу трансформації праці та зайнятості, спровокованої розвитком інформаційних технологій, автоматизації виробництва та переходу розвинених капіталістичних економік до постіндустріалізму. Тим не менш, уявлення про майбутнє ринку праці та економіки варіюються від радикальних до більш поміркованих.

Одну з радикальних версій майбутнього ринку праці та економіки пропонує відомий російський економіст Я. Кузьмінов, стверджуючи, що різкий перехід на віддалену працю та, загалом, технологічний розвиток, що її уможлиблюють, створюють передумови для радикальної зміни соціально-професійної структури. Масштабне переведення працівників на віддалену працю знижує потребу в обслуговуючому персоналі офісів: секретарів, охоронців, прибиральників. Це призводить до суттєвої економії компаній. Для самих працівників та загалом системи зайнятості, виникають можливості для відмови від жорстко фіксованих робочого тижня та дня. При цьому, внаслідок того, що робота може здійснюватися вдома, багато традиційних проблем, наприклад, переривання матерями кар'єри, можуть бути вирішеними. В контексті організаційних структур, віддалена праця, яка не потребує офісу, означатиме можливість переходу від ієрархічної структури до «хмарної». Звичайно, що такі переформатування впливають і на безробіття, адже відмова від великої кількості людей, що займали місця, які не можуть бути віддаленими, зокрема, працівники офісів, опиняються поза ринком праці.

Отже, одним важливим наслідком пандемії COVID-19 стала трансформація ринку праці. Може здатись, що питання зміни в трудових відносинах не має прямого стосунку до соціології здоров'я. Втім, відзначимо, що форма комунікації в процесі трудової діяльності має відношення до ланцюгів поширення хвороб. Ясно, що ймовірність поширення, наприклад, інфекцій зростає при традиційному просторовому контакті. Власне, в умовах пандемії смисл віддаленої роботи полягає якраз у перериванні цих ланцюгів, шляхом фізичного розділення людей. Якщо до пандемії процеси переходу багатьох видів праці на дистанційну форму також спостерігались, то в екстремальних умовах масового зараження вони стали безальтернативними. Зазначимо, що цей аспект багато хто сприйняв мало не як революційні зміни. Але, насправді, нічого революційного тут немає. Пандемія інтенсифікувала розвиток дистанційної праці, але не породила якихось принципово нових феноменів. Щоправда, зацікавленість компаній у сприянні



дистанційній праці вийшла за рамки суто економічних інтересів. Тепер додалась потреба мінімізації ризиків поширення хвороб. Хоча, в кінцевому результаті, це також пов'язано із інтересами економічними.

Західні дослідження поширення інтернету та віддаленої праці показують, що у світі існує досить серйозна нерівність між регіонами та країнами в масштабах інтернетизації (цифрова нерівність). Західні країни у цьому контексті є провідними. Але в усіх регіонах планети спостерігається зростання охоплення інтернетом як засобом комунікації, а отже і можливостей для віддаленої праці. Але, наприклад, не уся праця може бути віддаленою. Таким чином, виникають відмінності між соціально-професійними групами у їх відношенні до ризику зараження внаслідок тісних просторових контактів. Крім цього, можливості віддаленої праці для великої кількості людей залежать і від загального рівня розвитку країни. Таким чином, багаті країни можуть створювати кращі і безпечніші умови праці, ніж бідні. Ця обставина відтворюватиме нерівності між країнами.

Крім того, як свідчать дослідження, постійна віддалена робота є досить важливим негативним фактором для ментального та фізичного здоров'я. Так як віддалена робота передбачає активне використання комп'ютерної техніки, так чи інакше вона є малорухливою, тому значні ризики для здоров'я, які вона приховує, притаманні їй, як і сидячій роботі в цілому.

*Резюме.* Соціальні зміни – поняття, що відображає таку фундаментальну властивість суспільства, як його динаміку. У широкому розумінні, соціальні зміни – це перехід соціального об'єкта з одного його стану в інший. Різні соціальні фактори спричиняють до соціальних змін, що можуть мати відмінні характеристики: швидкість, глибину, тривалість. Пандемія є фактором глибоких змін у більшості сфер життєдіяльності сучасного суспільства.

До основних передумов стрімкого і глобального поширення вірусу COVID-19 відносять наступні: 1) глобалізація, внаслідок якої інтенсифікуються контакти між людьми та їх переміщення, а також переміщення товарів та

інших ресурсів; 2) суперечності ліберального капіталізму, які спряли зменшенню видатків на охорону здоров'я та інші суспільні потреби; 3) діяльність людей, що призводить до руйнування екосистем, їх вторгнення на території проживання тварин, що створює загрози міжвидової передачі хвороб, в тому числі вірусних.

Проекції майбутнього розрізняються за їх радикальністю. До основних тенденцій сучасності, які виникли або посилились через пандемію відносять такі: 1) зростання ролі держави; 2) збільшення частки віддаленої праці; 3) виникнення передумов для посилення контролю, санітарної диктатури та виникнення нових форм соціальних нерівностей.

*Питання для самоконтролю:*

1. Дайте визначення поняттю соціальні зміни.
2. Охарактеризуйте соціальні передумови для пандемії COVID-19.
3. Назвіть галузі життєдіяльності, які найбільше змінюються в результаті пандемії.
4. Поясніть, чому розвиток сучасних технологій створює передумови для поглиблення соціальних нерівностей.

## ГЛОСАРІЙ

**Градiєнт здоров'я** – соціальні відмінності в стані здоров'я населення всередині країн і між країнами, нерівності в стані здоров'я між соціальними групами

**Дистрес** – тип стресового стану людини, який негативно впливає на здоров'я, а також спричиняє до дезадаптації та дезорганізації

**Здоров'я** – за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я є станом повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб та фізичних дефектів

**Індекс регіонального людського розвитку (ІРЛР)** – інтегральний показник, який характеризує досягнення регіонів України в області людського розвитку. Індекс складається із 33 показників

**Інцидентність** – кількість випадків захворювання за певний період часу в популяції

**Інфодемія** – публіцистичний термін, що відображає поширення неправдивої та спотвореної інформації, а також її некритичне її сприйняття великими групами людей

**Інформаційна гігієна** – система знань про закономірності впливу інформації на формування, функціонування, стан психічного, фізичного та соціального благополуччя людини та соціуму, яка розробляє заходи з оздоровлення навколишнього інформаційного середовища

**Карантин** – комплекс протиепідемічних заходів, метою яких є перешкоджання розповсюдження інфекційних хвороб епідемічного характеру. Як правило карантин передбачає тимчасову ізоляцію осіб, хворих на заразну хворобу та осіб, що контактували із ними. Запровадження карантину в багатьох

випадках передбачає ізоляцію не тільки окремих осіб, але й територій (районів в містах, населених пунктів, регіонів)

**Конвергенція** – процес згладження соціальних протиріч, зближення соціальних груп навколо певних спільних інтересів

**Комунікація** у соціології розуміється в трьох основних значеннях: по-перше, у процесуальному вимірі, як передача інформації, що включає учасників комунікації (комунікатора, реципієнта), канали передачі інформації, її зміст, кодування, дешифровку, наміри, ефективність, контроль. По-друге, як акт спілкування, метою якого є взаєморозуміння між людьми. По-третє, як обмін інформацією між різними системами

**Моделювання в соціології** – це метод соціологічного пізнання, що полягає у конструюванні та вивченні моделей реальних соціальних об'єктів, явищ і процесів, з метою визначення їх характеристик, управління ними та їх прогнозування

**Обсервація** - перебування особи, стосовно якої є ризик поширення інфекційної хвороби, в обсерваторії з метою її обстеження та здійснення медичного нагляду за нею

**Пандемія та епідемія.** Пандемія (від грец. παν «пан» – увесь + грец. δῆμος «демос» – народ) – це розповсюдження нового захворювання в світових масштабах. Епідемія (від грец. ἐπί – «серед» і грец. δῆμος – «народ») масове розповсюдження інфекційного або паразитарного захворювання серед населення

**Програма соціологічного дослідження** – це науковий документ, в якому викладені теоретичні та методологічні засади соціологічного дослідження.

**Психічне здоров'я** – за визначенням ВООЗ є станом благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами,

продуктивно і плідно працювати, а також вносити вклад в життя своєї спільноти

**Ресурси карантину** – це соціальні, економічні, психічні можливості індивіда або групи здійснювати життєдіяльність, відтворювати себе в якості суб'єкта соціальних відносин в умовах вимушеної самоізоляції. З боку держави такі ресурси виявляються у рівні підтримки населенням протиепідемічних дій, його згоди на вимушені обмеження, загальної економічної ситуації в країні та соціально-економічного становища вразливих груп

**Самоізоляція** – перебування особи, стосовно якої є обґрунтовані підстави щодо ризику інфікування або поширення нею інфекційної хвороби, у визначеному нею місці (приміщенні) з метою дотримання протиепідемічних заходів на основі зобов'язання особи

**Самооцінка здоров'я** – суб'єктивна оцінка індивідом стану власного здоров'я

**Сексуальне здоров'я** – за визначенням ВООЗ – це стан повного соматичного, емоційного, інтелектуального і соціального благополуччя щодо сексуальності, зачіпає репродуктивні процеси, функції і системи на всіх етапах життя.

**Соціальна ізоляція** – явище при якому відбувається виключення індивіда із соціальних відносин через зменшення соціальних контактів

**Соціальні детермінанти здоров'я** – це всі соціальні умови, що породжуються спільною діяльністю людей як членів спільноти і впливають на стан здоров'я окремого індивіда, групи або суспільства в цілому

**Соціальна дистанція** – відмінності положення індивідів та груп в соціальному просторі, що визначаються різницею їх соціальних статусів. Соціальна дистанція вимірюється за

допомогою шкали Богардуса. Стосовно пандемії COVID-19 поняття некоректно використовується для позначення фізичної дистанції, дотримання якої знижує ймовірність передачі вірусу між людьми

**Соціальні зміни** – перехід соціального об'єкта з одного його стану в інший. Соціальні зміни охоплюють усі рівні організації суспільства. Вони можуть стосуватися як незначних перетворень, так і перетворень, що радикально змінюють суспільство

**Соціальний контакт** – процес встановлення соціальних зв'язків

**Соціологія медицини** – спеціальна соціологічна теорія, що вивчає медицину як соціальний інститут

**Соціальна нерівність відносно здоров'я** – систематичні відмінності у стані здоров'я різних соціально-економічних груп

**Соціальний статус** – позиція індивіда або групи, що визначається такими соціальними ознаками як рівень освіти, професійне та економічне положення, місце в структурі влади, престиж. Соціальний статус визначається також природними характеристиками: статтю, віком, станом здоров'я та ін.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Академик РАН Михаил Горшков. COVID-19 в контексте социальной диагностики. *Научная Россия* : веб-сайт. URL : <https://scientificrussia.ru/articles/akademik-ran-mihail-gorshkov-covid-19-v-kontekste-sotsialnoj-diagnostiki> (дата звернення : 20.04.2020)
2. Аникин В. А. Социальная стратификация по жизненным шансам: попытка операционализации для массовых опросов. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2018. № 4. С. 39–67.
3. Бадью А. До епідемічної ситуації. *Національна академія наук України* : веб-сайт. URL : <http://files.nas.gov.ua/PublicMessages/Documents/0/2020/03/200330171210972-4465.pdf> (дата звернення: 20.05.2020)
4. Бай Жу-Хай, Дуг Вань-Юэ, Ши Ин, Фэн Ао-Цзы, Сюй Ань-Дин, Лю Цзюнь Моделирование тенденций распространения эпидемии нового коронавируса с учетом эффективных мер контроля. *New Medicine*. 2020. №30 (2). Р. 8–12. URL : <https://www.anylogic.ru/resources/articles/modelirovanie-tendentsiy-rasprostraneniya-epidemii-novogo-koronavirusa-s-uchetom-effektivnykh-mer-ko/> (дата звернення : 10.08.2020)
5. Баєва О. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 640 с. URL : [https://pidruchniki.com/1640011637428/meditsina/sistema\\_ohoro\\_ni\\_zdorovya\\_ukrayini](https://pidruchniki.com/1640011637428/meditsina/sistema_ohoro_ni_zdorovya_ukrayini) (дата звернення: 11.06.2020)
6. Баранова С. С. Здоров'я в системі диспозицій успіху молоді *Психологія XXI століття : теоретичні та практичні дослідження*. Хмельницький : Хмельницький інститут МАУП. 2020. С. 14–16.
7. Бжехчин К. Коронавирус и кризис либеральной демократии. *Ostrovok.lg* : веб-сайт. URL : <http://www.ostrovok.lg.ua/statti/strana/kshishtof-bzhehchin-koronavirus-i-krizis-liberalnoy-demokratii> (дата звернення: 13.04.2020)
8. Бергстром Г. Гірка правда про «Шведську модель». *VOX Ukraine* : веб-сайт. 02.06.2020. URL : <https://voxukraine.org/uk/girka-pravda-pro-shvedsku-model/> (дата звернення : 13.06.2020)

9. Бідність виснажує розум людини – дослідження. *BBC* : веб-сайт. URL : [https://www.bbc.com/ukrainian/health/2013/08/130831\\_poverty\\_mental\\_sx](https://www.bbc.com/ukrainian/health/2013/08/130831_poverty_mental_sx) (дата звернення: 10.06.2020)
10. Блинов Е., Савченко И. Бруно Латур против экологического скептицизма. *SG SOFIA*: веб-сайт. URL : <http://sg-sofia.com.ua/bruno-latur-protiv-klimaticheskogo-skeptizma> (дата звернення: 10.06.2020)
11. Биомедицинская этика: слов.-справ. / Т. В. Мишаткина, Я. С. Яскевич, С. Д. Денисов и др. ; под ред. Мишаткиной Т. В. Минск : БГЭУ, 2007. 90 с.
12. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. URL : [https://www.e-reading.life/chapter.php/102635/96/Bodriiuyar\\_-\\_Simvolicheskiii\\_obmen\\_i\\_smert%27.html](https://www.e-reading.life/chapter.php/102635/96/Bodriiuyar_-_Simvolicheskiii_obmen_i_smert%27.html) (дата звернення: 10.06.2020)
13. Бойчук Ю. Д., Науменко Н. В. та ін. Духовне здоров'я молодших школярів : теоретико-методичні аспекти формування. Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. 2015. 36 с.
14. Бородчук Н., Черенько Л. Боротьба з covid-19 в Україні : початкові оцінки впливу на бідність. *UNICEF. Ukraine* : веб-сайт: <https://www.unicef.org/ukraine/%D0%B7%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%B8/%D0%B2%D0%BF%D0%BB%D0%B8%D0%B2-covid-19-%D0%BD%D0%B0-%D0%B1%D1%96%D0%B4%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96> (дата звернення: 19.05.2020)
15. Бразилія обмежила доступ к статистиці по коронавірусу. *Deutsche Welle* : веб-сайт. URL : <https://amp.dw.com/ru/%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%8F-%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B8%D0%BB%D0%B0-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF-%D0%BA-%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B5-%D0%BF%D0%BE-%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D1%83/a-53715245> (дата звернення : 08.06.2020)
16. Братушак О. COVID-19 : на окупованому Донбасі все спокійно. *Інститут масової інформації*: веб-сайт. URL :



- <https://imi.org.ua/monitorings/covid-19-na-okupovanomu-donbasi-vse-spokijno-i32455> (дата звернення : 02.04.2020)
17. Ветков Н. Здоровье человека как ценность и его определяющие факторы. *Cyberleninka*: веб-сайт. URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/zdorovie-cheloveka-kak-tsennosti-ego-opredelyayuschie-factory/viewer> (дата звернення : 01.04.2019)
18. Вы слышали, что Билл Гейтс хочет чипировать всех людей под видом вакцинации? *Meduza* : веб-сайт. URL : <https://meduza.io/feature/2020/05/27/kak-bill-geyts-stal-glavnym-antigeroem-konspirologicheskikh-teoriy-o-koronaviruse-buzzfeed> (дата звернення : 01.04.2019)
19. В Китае врач первым предупредил о новом вирусе, оказался за это в полиции, а теперь умер от болезни. его история. *TCH*: веб-сайт. URL : <https://tsn.ua/ru/svit/kitayskiy-vrach-pervym-hotel-predupredit-o-vspyshke-koronavirusa-no-ego-zastavili-zamolchat-teper-on-tozhe-inficirovan-1486230.html> (Дата звернення : 15. 04. 2020)
20. В Луганске жестких карантинных мер не ввели. *Ostrovok.lg* : веб-сайт. URL : <http://www.ostrovok.lg.ua/news/lugansk/v-luganske-zhestkih-karantinnyh-mer-ne-vveli> (дата звернення : 02.04.2020)
21. В роли подопытных мы все. *Новая газета* : веб-сайт. URL : <https://novayagazeta.ru/articles/2020/04/15/84916-v-rolipodopytnyh-my-vse> (дата звернення : 15.05.2020)
22. В Татарстане уничтожили базу данных цифровых пропусков при участии спецкомиссии. *Минцифра республики Татарстан* : веб-сайт. URL : <https://digital.tatarstan.ru/rus/index.htm/news/1749226.htm> (дата звернення : 15.05.2020)
23. Возьянов А. Не трактором едим. Як білоруси борються з коронавірусом, а світ помічає лише Лукашенко. *COMMONS* : веб-сайт : URL : <https://commons.com.ua/uk/yak-bilorusi-boryutsya-z-koronavirusom-svit-pomichaye-lishe-lukashenka/> (дата звернення: 17. 05. 2020)
24. Всемирная программа действий в отношении инвалидов. *Законодавство України* : веб-сайт. URL : [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_427](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_427) (дата звернення: 17. 05. 2020)

25. Гарфинкель Г. Исследования по этнометодологии. Санкт-Петербург : Питер, 2007. 335 с.
26. Гидденс Э. Устройство общества : Очерк теории структуризации. Москва. 2003.
27. Гидденс Э. Социология. Москва : Едиториал УРСС, 2005. С. 131–154.
28. Гончаренко М. С. Духовность, здоровье, образование. Харьков : «БУРУН КНИГА». 2011. 176 с.
29. Дембіцький С., Злобіна О., Сидоров М., Мамонова Г. Стан психологічного дистресу серед різних соціальних груп в Україні під час пандемії COVID-19. *Український соціум*. 2020. №.2 (73). С. 74–92.
30. Денисов Э., Еремін А., Сивочалова О., Курьеров Н. Информационная гигиена и регулирование информации для уязвимых групп населения. *Гигиена и санитария*. №5. 2014. С. 44.
31. Дзюба Т. Професійне здоров'я в системі ціннісних орієнтацій професіонала. *Наука і освіта*. №6. 2014. С. 46.
32. Длугопольский А. Государство (всеобщего) благосостояния в Китае : этапы становления и проблемы построения. *Экономика Украины*. 2014. №7. С. 70.
33. Дмитриева Е. В. Социология здоровья : методологические подходы и коммуникационные программы. Москва : Центр, 2002. 189 с.
34. Дудина В. Здоровье и социальное неравенство : модели объяснения. *Вестник СПбГУ*. Сер. 12. 2010. Вып. 3. С. 312–313.
35. Думки і погляди населення України щодо походження коронавірусу і його поширення у світі: травень-червень 2020 року. Прес-реліз. *Київський міжнародний інститут соціології* : веб-сайт. URL : <http://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=952&page=1> (дата звернення: 27.06.2020)
36. Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод и назначение. URL: <http://library.khpg.org/files/docs/1372596651.pdf>
37. Евгений Головаха : «Вирус стал человеку самым близким существом». *LB.UA* : веб-сайт. URL : [https://lb.ua/society/2020/04/14/455212\\_evgeniy\\_golovaha\\_virus\\_stal.html?fbclid=IwAR3b0zaXyuguZP76WoCFkHSV\\_s9F\\_5t-](https://lb.ua/society/2020/04/14/455212_evgeniy_golovaha_virus_stal.html?fbclid=IwAR3b0zaXyuguZP76WoCFkHSV_s9F_5t-)

zXB-3nll4NLWGo2s7erAiUTM3UA (дата звернення:  
16.04.2020)

- 38.Европейцы рассказали об отношении к карантину и маскам в случае второй волны COVID-19. *Euronews*: веб-сайт. URL : <https://ru.euronews.com/2020/07/28/euronews-poll-1-masks-and-lockdo> (дата звернення: 16.04.2020)
- 39.Емоції і поведінка українців на карантині : спеціальний проєкт. *Група Рейтинг* : веб-сайт. URL : [emocii\\_i\\_povedenie\\_ukraincev\\_na\\_karantine\\_specialnyy\\_proekt.html](http://emocii_i_povedenie_ukraincev_na_karantine_specialnyy_proekt.html) (дата звернення: 06.04.2020)
- 40.Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб». *Верховна Рада України*: веб-сайт. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення : 24.07.2020)
- 41.Запрети себе сам. Сэм Клебанов о том, как Швеция борется с пандемией без карантина. *The Insider*: веб-сайт. URL : <https://theins.ru/opinions/209679> (дата звернення : 14.04.2020)
- 42.Індекс Здоров'я. Україна : веб-сайт. URL : <http://health-index.com.ua/about> (дата звернення: 26.05.2020)
- 43.Иванов С. О. диалектике объективного и субъективного в научном познании. *Альманах современной науки и образования*. №3 (93). 2015. С. 37. URL : [https://www.gramota.net/articles/issn\\_1993-5552\\_2015\\_3\\_09.pdf](https://www.gramota.net/articles/issn_1993-5552_2015_3_09.pdf) (дата звернення : 26.05.2020)
- 44.Изосина Е. В., Прошкина К. В. Особенности применения моделирования в современной социологии. *Проблемы моделирования социальных процессов* : материалы Всерос. научно-практич. конф. с междунар. участием. Владивосток, 11–13 ноября 2015 г. Владивосток : Дальневост. федерал. ун-т, 2015.
- 45.Індекс жесткости карантина в різних країнах світа. *TheVillage*: веб-сайт. URL : <https://www.the-village.ru/village/city/news-city/379139-indeks-zhestkosti> (дата звернення: 17.05.2020)
- 46.Как безопасно выйти из карантина? Опыт Китая и Южной Кореи. *Зеркало недели*: веб-сайт. URL : <https://zn.ua/international/kak-bezopasno-vyyti-iz-karantina-353842.html> (дата звернення: 22.06.2020)

47. Карантинні заходи. *Коронавірус в Україні. Офіційний інформаційний портал Кабінету Міністрів України* : веб-сайт. URL : <https://covid19.gov.ua/karantynni-zakhody> (дата звернення : 14.08.2020)
48. Кимлика У. Современная политическая философия: введение. Москва: Изд. дом Гос. ун-та – Высшей школы экономики, 2010. 592 с.
49. Кляйн Н. Доктрина шока. Расцвет капитализма катастроф. Москва : Добрая книга. 2009. 656 с.
50. Козюк В., Длугопольский А. Подходы к формированию государства всеобщего благосостояния: от количественных методов к качественным. *CORE*: веб-сайт. URL : <https://core.ac.uk/download/pdf/81663337.pdf>
51. Колпина Л. Социальное здоровье : определение и механизмы влияния на общее здоровье : обзор литературы. *Синергия*. 2017. № 2, С. 74–75.
52. Кононов И. Коронавирус. Заметки социолога о текущем моменте. *Островок.lg* : веб-сайт. URL : <http://www.ostrovok.lg.ua/statti/kultura/koronavirus-zametki-sociologa-o-tekushchem-momente> (Дата звернення : 02.04.2020)
53. Концепции и принципы преодоления социального неравенства в отношении здоровья. Восходящее выравнивание. *Всемирная организация здравоохранения*: веб-сайт. URL : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/74738/E89383R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/74738/E89383R.pdf). С. 13.
54. Королев М. Социология здоровья : учебное пособие. Санкт-Петербург : Хорошая типография. 2019. 182 с.
55. Коронавирус в Китае. Гражданская война против невидимого врага. *COMMONS* : веб-сайт. URL : <https://commons.com.ua/uk/social-contagion-chuang/> (дата звернення : 15.04.2020)
56. Коронавирус угрожает мигрантам и беженцам. *Euronews* : веб-сайт. URL : <https://ru.euronews.com/2020/03/23/eu-covid19-migrants> (дата звернення : 18.05.2020)
57. Коронаметрический интернационал. *Поле. ФОМ* : веб-сайт. URL : <https://pole.fom.ru/post/koronametriceskij-internacional> (дата звернення : 20.04.2020)
58. Крутов М. Шведская мечта. *Радио Свобода* : веб-сайт. URL : <https://www.svoboda.org/a/30593561.html?fbclid=IwAR0A->

48Y3g7bb10mmX0BLkTNOxMNKUt-udXqPPLJRrulaGAgREaGSU8phuQ (дата звернення : 18.05.2020)

59. Кузьминов Я. Вирусная революция. Как пандемия изменит наш мир. *РБК* : веб-сайт. URL : <https://www.rbc.ru/opinions/society/27/03/2020/5e7cd7799a79471ed230b774> (дата звернення : 27.03.2020)
60. Кулицький С. Український ринок праці під впливом пандемії COVID-19. *Україна : події, факти, коментарі*. 2020. № 12. С. 43–57. URL : <http://nbuviap.gov.ua/images/ukraine/2020/ukr12.pdf>
61. Лебедева-Несевря Н. А. Социология здоровья : учебное пособие. Пермь : ПГНИУ, 2011. 238 с.
62. Лукашевич М., Туленков М. Соціологія : загальний курс. Київ : Каравела. 2004. С.19.
63. Лукашенко о том, почему не вводит карантин в Беларуси. *Крым. Реалии* : веб-сайт : <https://www.google.com/amp/s/ru.krymr.com/amp/news-koronavirus-belarus/30561822.html> (дата звернення : 17.04.2020)
64. Лосева А., Панкратова Л. Моделирование эпидемий : история развития. *Полит.ру* : веб-сайт. URL : <https://polit.ru/article/2020/06/05/modeling-history/> (дата звернення : 13.08.2020)
65. Маркс. К. Экономическо-философские рукописи 1844 года. *Psylib* : веб-сайт. URL : <http://psylib.org.ua/books/marxk01/txt04.htm> (дата звернення : 20.05.2020)
66. Методика вимірювання регіонального людського розвитку. Київ : Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи. 2012. 50 с. URL : [https://idss.org.ua/ukr\\_index/metodika\\_ua.pdf](https://idss.org.ua/ukr_index/metodika_ua.pdf) (Дата звернення : 11.06.2020)
67. Москвич А. С. Социальное здоровье молодежи как фактор социально-экономического развития региона : дис. ...канд. социол. наук. Хабаровск. 2008. 273 с.
68. Михель Д. Мишель Фуко и западная медицина. *Логос*. Том 29. №2. 2019. С. 74–75. URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/mishel-fuko-i-zapadnaya-meditsina> (дата звернення : 27.04.2020)

69. На піку карантину приховане безробіття в Україні сягало 17% від робочої сили – дослідження. *Економічна правда* : веб-сайт. URL : <https://www.epravda.com.ua/news/2020/07/28/663448/> (дата звернення: 10.08.2020)
70. Не уберегли : дома престарелых считают жертв ковида. *Euronews* : веб-сайт. URL : <https://ru.euronews.com/2020/05/08/carehomes-covid> (дата звернення : 22.05.2020)
71. Неравенства в состоянии здоровья определяются социальными условиями. *Всемирная организация здравоохранения* : веб-сайт. URL : [https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/health\\_inequalities\\_20111019/ru/](https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/health_inequalities_20111019/ru/) (дата звернення : 22.05.2020)
72. Нові протести проти карантинних обмежень плануються у США на тлі критичних твітів Трампа щодо деяких штатів. *Голос Америки* : веб-сайт. URL : <https://ukrainian.voanews.com/a/Protesty-obmezhn/5377744.html> (дата звернення : 18.04.2020)
73. Оксамитная С., Бродская С. Социальный класс как фактор дифференциации жизненных шансов. *Социология : теория, методы, маркетинг*. 2004. №4. С. 28.
74. Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках / редактор-координатор : академик РАН Г, В. Осипов. Москва : Издательская группа ИНФРА М– НОРМА, 1998. 488 с.
75. Оцінка успішності влади та реакція суспільства на події, пов'язані з епідемією коронавірусу. *Київський міжнародний інститут соціології*: веб-сайт. URL : <http://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=928&page=1> (дата звернення: 30.04.2020)
76. Пандемия в Швеции : работающие магазины, рестораны и бары. *Крым реалити*. URL : <https://ru.krymr.com/a/photo-pandemiya-v-shwetsii-rabotaiushie-magazini-restorani-i-bari/30517198.html> (дата звернення : 15.04.2020)
77. Пандемия и психическое здоровье : ООН предупреждает о новом кризисе. *Euronews* : веб-сайт. URL : <https://ru.euronews.com/2020/05/14/covid-and-mental-health> (дата звернення : 15.05.2020)

78. Паніотто В., Паськовська Т. Як українці дотримуються карантинних умов, травень-червень 2020 року. Прес-реліз. *Київський міжнародний інститут соціології*: веб-сайт. URL : <http://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=949> (дата звернення: 19.06.2020)
79. Пилаш Д. Пространство и время Стивена Хоккинга. *Commons* : веб-сайт : <https://commons.com.ua/uk/stephen-hawking/> (дата звернення: 12.05.2020).
80. Почему Швеция отказывается от жестких мер в борьбе с коронавирусом? *Deutsche Welle* : веб-сайт. URL : <https://amp.dw.com/ru/%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%BC%D1%83-%D1%88%D0%B2%D0%B5%D1%86%D0%B8%D1%8F-%D0%BE%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D1%8B%D0%B2%D0%B0%D0%B5%D1%82%D1%81%D1%8F-%D0%BE%D1%82-%D0%B6%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%BA%D0%B8%D1%85-%D0%BC%D0%B5%D1%80-%D0%B2-%D0%B1%D0%BE%D1%80%D1%8C%D0%B1%D0%B5-%D1%81-%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D0%BE%D0%BC/a-52927965> (дата звернення : 15.04.20)
81. Почепцов Г. Конспирология и фейки в одной упряжке. Часть 1. *Му.Новини* : веб-сайт. URL : <https://my.ua/news/cluster/2020-06-11-feiki-i-konspirologiia-v-odnoi-upriazhke-chast-1/77560a25-cbe6-5222-45a9-acdd0b68a7f4> (дата звернення : 16.06.2020)
82. Приступа Е. Н. Социально-педагогическая профилактика девиаций социального здоровья школьника. URL : <http://www.dissercat.com/content/sotsialno-pedagogicheskaya-profilaktika-deviatsiisotsialnogo-zdorovya-shkolnika> (дата звернення : 01.04.2019)
83. Психическое здоровье. *Всемирная организация здравоохранения*: веб-сайт. URL : <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата звернення : 01.04.2019).
84. Психология здоровья. СПб. : Питер, 2003. С. 230–240.
85. Почему от коронавируса в США больше всего страдают афроамериканцы. *Deutsche Welle* : веб-сайт. URL : <https://www.dw.com/ru/%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B5>

<https://www.who.int/teams/digital-health-evidence/data-science-and-artificial-intelligence/ai-for-health> (дата звернення: 21.04.2020)

86. Репродуктивное здоровье. *Всемирная организация здравоохранения* : веб-сайт. URL : [https://www.who.int/topics/reproductive\\_health/ru/](https://www.who.int/topics/reproductive_health/ru/) (дата звернення : 01.04.2019).
87. Салахутдинова Р. Социальное здоровье как объект социологического исследования : вопросы методологии. *Вестник СПбГУ. Серия 12. 2011. Вып.3. С. 263–271.*
88. Самооцінка стану здоров'я населенням України. *КМІС* : веб-сайт. 2018. URL : <http://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=768&page=1> (дата звернення : 01.04.2019)
89. Саричев Я. В., Устенко Р. Л., Сексуальні девіації Є. Г. Судова сексологія. Полтава. 2018. 144 с.
90. Сорокин. П. Человек. Цивилизация. Общество. *Факультет социологии КНУ ім. Тараса Шевченка* : веб-сайт. URL : <https://sociology.knu.ua/sites/default/files/library/elclosed/sorokin.pdf> (дата звернення : 09.05.2020)
91. Сорокин П. А. Голод как фактор. Влияние голода на поведение людей, социальную организацию и общественную жизнь Москва : Академия, 2003. 684 с.
92. Соціальні детермінанти здоров'я. *Всесвітня організація охорони здоров'я* : веб-сайт. URL : [http://www.who.int/social\\_determinants/ru/index.html](http://www.who.int/social_determinants/ru/index.html) (дата звернення : 09.05.2020)
93. Супрун У. Що більше освічена людина, то кращі показники здоров'я. *Уляна Супрун. Доктор медицини* : веб-сайт. URL : <https://suprun.doctor/zdorovya/shho-bilshe-osvichena-lyudina-to-krashhi-pokazniki-zdorovya.html?=&page=401> (дата звернення : 17.05.2020)
94. Топіліна А. «Свій шлях»: як у Швеції борються з коронавірусом. *Commons* : веб-сайт. URL :



- <https://commons.com.ua/uk/yak-u-shveciyi-boryutsya-z-koronavirusom/> (дата звернення : 15.04.2020)
95. Троицкая С. И. Здоровье человека как социокультурный феномен (Философско-антропологический аспект) : дис. ... канд. филос. наук. СПб., 2004. 196 с.
96. Украина на карантине : мониторинг общественных настроений. *Группа Рейтинг* : веб-сайт. URL : <http://ratinggroup.ua/ru/research/ukraine/7ffba32fbac0ba2a21713d0a9f2c5d5.html> (дата звернення : 20.04.2020)
97. У Північній Кореї заявляють про відсутність інфікованих коронавірусом: чи можливо це. *TSN* : веб-сайт. URL : <https://tsn.ua/svit/u-pivnichniy-koreyi-zayavlyayut-pro-vidsutnist-infikovanih-koronavirusom-chi-mozhlivo-ce-1520568.html> (дата звернення : 05.04.2020)
98. Уряд оприлюднив детальний план виходу з карантину *Українська правда* : веб-сайт URL : <https://www.pravda.com.ua/news/2020/04/24/7249296/> (дата звернення : 31.05.2020)
99. Устав ВОЗ. *Всемирная организация здравоохранения* : веб-сайт. URL : <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution> (дата звернення : 10.06.2020).
100. Ученые выяснили, что ковидом переболели почти 6% петербуржцев – в 10 раз больше официальных цифр. Соавтор исследования Кирилл Титаев – о том, что это значит. *MEDUZA.IO* : веб-сайт. URL : <https://meduza.io/feature/2020/06/30/nikakogo-populyatsionnogo-immuniteta-u-nas-net> (дата звернення : 31.05.2020)
101. Федько О. Здоровий спосіб життя як цінність: проблеми формування. *Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень ім. І. Ф. Кураса НАН України*. 2009. Вип. 43. С. 369–379.
102. Фромм Э. Здоровое общество. Москва : АСТ. 2015. 448 с.
103. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. URL : <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmhzYWp0ZGxqYWZpbG9zb2ZpaXxneDoxMmNINjJINjIzMjNkNWFl> (дата звернення : 31.05.2020)
104. Фуко М. Интеллектуалы и власть. Ч. 3. Москва : Практис. 2003. С. 82–83.

105. Халамедник В. Інформаційна гігієна як фактор збереження психічного здоров'я людини. *Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії*. 2008. Вип. 35. С. 88.
106. Шлікова В., Леванда О. Доходи, умови харчування й тривалість життя населення : порівняльний аналіз України та країн ЄС. Демографія та соціальна економіка. 2018. № 1 (32).
107. 69% «карантинних новин» в регіональних медіа стосуються виходу із карантину : дослідження ІМІ. *Інститут масової інформації* : веб-сайт. URL : <https://imi.org.ua/monitorings/69-karantynnyh-novyn-v-regionalnyh-media-stosuyutsya-vyvodu-iz-karantynu-doslidzhennya-imi-i33504> (дата звернення : 20.05.2020)
108. Щербина В. Пандемія : інформація об угрозі та загрози от інформації. *SG Sofia*: веб-сайт : [http://sg-sofia.com.ua/tpost/m8081jemxa-pandemiya-informatsiya-ob-ugroze-i-ugroz?fbclid=IwAR0rvG5Jpb85fkoSu7S2ECsC\\_TTtwri9t2th5PZc38iM9X3liFCpG0hXVjYE](http://sg-sofia.com.ua/tpost/m8081jemxa-pandemiya-informatsiya-ob-ugroze-i-ugroz?fbclid=IwAR0rvG5Jpb85fkoSu7S2ECsC_TTtwri9t2th5PZc38iM9X3liFCpG0hXVjYE) (дата звернення : 20.05.2020)
109. Щербина В. Постпандемический мир : неопределённые ответы на определённые вопросы. *Strategic Group Sofia* : веб-сайт. URL : [http://sg-sofia.com.ua/postpandemicheskij-mir-sherbina?utm\\_campaign=2891588&utm\\_source=sendpulse&utm\\_medium=push](http://sg-sofia.com.ua/postpandemicheskij-mir-sherbina?utm_campaign=2891588&utm_source=sendpulse&utm_medium=push) (дата звернення : 30.05.2020)
110. Чеснов Я. Лекции по исторической этнологии : учебное пособие. Москва : Гардарика, 1998. С. 274–276.
111. Чи готові українці до продовження карантину? *Київський міжнародний інститут соціології*: веб-сайт. URL : <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=936&page=1> (дата звернення : 22.05.2020)
112. Чи сильно карантин розхитав нерви українців? Результати дослідження Інституту соціології НАН України. ІОД : веб-сайт. URL : <https://iod.media/article/chi-silno-karantin-rozhitav-nervi-ukrajinciv-rezultati-doslidzhennya-institutu-sociologiji-nan-ukrajini-5648> (дата звернення : 16.04.2020)
113. Что такое пандемия? *Всемирная организация здравоохранения* : веб-сайт. URL : <https://www.who.int/csr/>

- [disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/ru/](https://www.who.int/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/ru/) (дата звернення : 22.05.2020)
114. Эпидемия бедности : ЕС и Украина в борьбе с коронавирусом. *COMMONS* : веб-сайт. URL : <https://commons.com.ua/ru/epidemiya-bednosti-es-i-ukraina-v-borbe-s-koronavirusom/> (дата звернення : 22.06.2020)
115. Эпидемия. *Экологический энциклопедический словарь*. Кишинев : Главная редакция Молдавской советской энциклопедии И.И. Дедю. 1989.
116. Ядов В. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. Москва : Омега-Л, 2007. 567 с.
117. Який світ після пандемії? Бруно Латур, Єва Іллуз, Жан-Люк Нансі. *Політична критика* : веб-сайт. URL : <https://politkrytyka.org/2020/03/31/yakyj-svit-pislya-pandemiyi-bruno-latur-yeva-illuz-zhan-lyuk-nansi/> (дата звернення : 10.04.2020)
118. Allington D., Dhavan N. The relationship between conspiracy beliefs and compliance with public health guidance with regard to COVID-19. London: Centre for Countering Digital Hate. 2020. URL : [https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/files/127048253/Allington\\_and\\_Dhavan\\_2020.pdf](https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/files/127048253/Allington_and_Dhavan_2020.pdf)
119. A New Normal for Europe? *Redfield & Wilton Strategies*: веб-сайт. URL : <https://redfieldandwiltonstrategies.com/a-new-normal-for-europe/> (дата звернення : 28.07.2020)
120. Baehr P. Caesarism, Charisma and Fate. Historical Sources and Modern Resonances in the Work of Max Weber. Transaction Publishers New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.). 2008.
121. Bikus Z. Internet Access at New High Worldwide Before Pandemic. *Gallup*. April 8. 2020. URL : [https://news.gallup.com/poll/307784/internet-access-new-high-worldwide-pandemic.aspx?utm\\_source=alert&utm\\_medium=email&utm\\_content=morelink&utm\\_campaign=syndication](https://news.gallup.com/poll/307784/internet-access-new-high-worldwide-pandemic.aspx?utm_source=alert&utm_medium=email&utm_content=morelink&utm_campaign=syndication)
122. Cockerham W., Rutten A., Abel T. Conceptualizing contemporary health life- styles: moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*. 1997. Vol. 38.

123. COVID-19 : шведская стратегия. *Euronews* : веб-сайт. URL : <https://ru.euronews.com/2020/03/26/sweden-corona-measures> (дата звернения : 14.04.2020)
124. Coronavirus government response tracker. *Blavatnik School of government*: веб-сайт. URL : <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker> (дата звернения: 17.05.2020)
125. Coronavirus in South Korea : How ‘trace, test and treat’ may be saving lives. BBC : *веб-сайт*. URL : <https://www.bbc.com/news/world-asia-51836898> (дата звернения : 13.04.2020)
126. Esping-Andersen G. Three World of Welfare Capitalism. – Oxford : Oxford Polity Press, 1990. URL : <https://lanekenworthy.files.wordpress.com/2017/03/reading-espingandersen1990pp9to78.pdf>
127. Foucault M. Discipline and Punish : The Birth of the Prison. A. Sheridan, trans. London : Penguin Books. 1991. P. 195–197.
128. Hungary PM Defends Mass Evacuation Of Hospital Beds. *Barrons* : веб-сайт. URL : <https://www.barrons.com/news/hungary-pm-defends-mass-evacuation-of-hospital-beds-01587126005> (дата звернения : 25.08.2020)
129. International technical guidance on sexuality education : an evidence-informed approach. Paris : UNESCO, 2018. P. 22. URL : <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770> (дата звернения: 01.04.2019).
130. Jary D., Jary J. Collins Dictionary of Sociology. Glasgo, 1995. URL : <http://aimie45.brat.jearmo.pw/W3oEep25xGphdv/> (дата звернения : 02.05.2020)
131. Kasl S., and Cobb S. Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior. *Archives of Environmental Health*. 1966. Vol. 12. P. 246–266.
132. Lockdown Delays Led to at Least 36,000 More Deaths, Models Find. *The New York Times*. Published May 20, 2020. URL : <https://www.nytimes.com/2020/05/20/us/coronavirus-cases-deaths.html?action=click&module=Spotlight&pgtype=Homepage> (дата звернения : 21.05.2020)
133. Mechanic D. Medical Sociology. 2-nd Ed. New York : Free Press, 1978.

134. Prevalence and incidence. *Bulletin of the World Health Organization*. 1966. №35 (5). P. 783–787.
135. Ritter Z. Republicans Still Skeptical of COVID-19 Lethality. *GALLUP* : веб-сайт. URL : [https://news.gallup.com/poll/311408/republicans-skeptical-covid-lethality.aspx?utm\\_source=alert&utm\\_medium=email&utm\\_content=morelink&utm\\_campaign=syndication&fbclid=IwAR3OKThhJbdxtEZGoKeAX1UmvjJ6WuYg3oX-IkMoxoJg27GWfj3T3xpdfU](https://news.gallup.com/poll/311408/republicans-skeptical-covid-lethality.aspx?utm_source=alert&utm_medium=email&utm_content=morelink&utm_campaign=syndication&fbclid=IwAR3OKThhJbdxtEZGoKeAX1UmvjJ6WuYg3oX-IkMoxoJg27GWfj3T3xpdfU) (дата звернення : 26.05.2020)
136. Sandor J. Bioethics for the Pandemic. *Project Syndicate*. URL : <https://www.project-syndicate.org/commentary/bioethics-principles-for-covid19-response-by-judit-sandor-2020-05?barrier=accesspaylog> (Дата звернення : 25.08.2020)
137. Sexual and reproductive health. *World health organization* : веб-сайт. URL : <https://www.who.int/reproductivehealth/en/> (дата звернення : 01.04.2019)
138. Scher I. Taiwan has only 77 coronavirus cases. Its response to the crisis shows that swift action and widespread healthcare can prevent an outbreak. *Business Insider*: веб-сайт. URL : <https://www.businessinsider.com/coronavirus-taiwan-case-study-rapid-response-containment-2020-3> (дата звернення : 13.04.2020)
139. Timmermans, Stefan & Steven Haas. Towards a sociology of disease. *Sociology of Health and Illness*. 2008. Vol. 30, No. 5. P. 659–676.
140. Wells S. Singapore is the model for how to handle the coronavirus. *MIT Technology Review*. March 12. 2020. URL : <https://www.technologyreview.com/2020/03/12/905346/singapore-is-the-model-for-how-to-handle-the-coronavirus/> (дата звернення : 14.04.2020)
141. Yuval Noah Harari : the world after coronavirus. *Financial times* : веб-сайт. URL : <https://www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75> (Дата звернення : 06.04.2020)

Навчально-методичне видання

Ковтун Олександр Сергійович  
Баранова Світлана Сергіївна

**СОЦІОЛОГІЯ ЗДОРОВ'Я:  
ПРОБЛЕМИ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ**

*Навчально-методичний посібник*

Матеріали подано в авторській редакції

Підписано до друку 25.09.2020. Формат 30×42/4.  
Папір офсетний. Умовн. друк. арк. 5,16.  
Обл. вид. арк. 1,0. Наклад 100 прим.