

1.2. Здоров'я молодого покоління: стан, тенденції, перспективи

Відповідно до сучасної концепції здорової людини здоров'я слід розглядати як сукупність чотирьох складових: фізичної, психічної, соціальної і духовної. Всі вони є невід'ємними одна від одної, міцно взаємопов'язаними і саме разом визначають загальний стан здоров'я людини.

1.2.1. Фізичне здоров'я

Проблематика збереження здоров'я молоді є стратегічним завданням держави, особливо з огляду на несприятливу демографічну ситуацію, яка має місце в нашій країні впродовж всього періоду незалежності. Так, за даними Міністерства охорони здоров'я України, за роки незалежності чисельність молоді (осіб віком 14–35 років) знизилась майже на 1,5 млн осіб (з 16,2 млн до 14,7 млн), чисельність осіб віком 18–35 років знизилась на 0,5 млн (з 13,1 млн до 12,6 млн). Головним чином це відбулося за рахунок суттєвого падіння рівня народжуваності впродовж перших 10 років незалежності: з 12,1% (у 1991 р.) до 7,7% (у 2001 р.) Наразі відбувається поступовий підйом показників: у 2010 р. ця цифра склала 10,8%, хоча міграційні процеси цієї категорії молоді продовжують негативно впливати на репродуктивність та демографічну ситуацію загалом.

Було би помилкою вважати, що тільки від держави та її виконавчих органів залежить динаміка захворюваності серед молоді та перспективи збереження її здоров'я. Кожна людина повинна не тільки усвідомлювати особисту відповідальність за своє здоров'я, але й прикладати зусиль аби його зберегти та постійно зміцнювати. Адже його добрий стан є важливою передумовою для

досягнення життєво важливих цілей, пов'язаних з успішним соціальним становленням (якісна освіта, професійний розвиток), створенням сім'ї, народженням та вихованням дітей тощо. Тому без особистої зацікавленості молоді всі соціальні програми з цієї проблематики приречені бути формальними і малоефективними, не залежно від ресурсів, які будуть використовуватися для їх реалізації.

Важливим показником щодо усвідомлення відповідальності за стан власного здоров'я є самооцінка або суб'єктивне оцінювання самопочуття самою людиною. Від того, як вона оцінює своє здоров'я, залежатимуть і дії, спрямовані на його збереження чи погіршення через ризиковану поведінку чи байдужість до умов, які надаються з боку держави для його підтримки та розвитку.

Аналіз тенденцій, пов'язаних із самооцінкою стану здоров'я з боку молоді частини населення, свідчить про більш-менш сталу оцінку у номінації «добрий стан» та про незначні коливання у номінації «дуже добре» та «погане» з 2002 до 2010 рр., оскільки у 2001 р. настрої молоді були більш скептичними. Так, за даними вибіркового опитування населення всіх областей України у 2001 р., стан свого здоров'я як «добрий» оцінили 43,0% чоловіків та 36,1% жінок у віці 18–29 років. Тоді як у 2002 р. на «добре» оцінили своє здоров'я 56% молоді, а у 2010 р. їх стало всього на 0,5% більше (56,5 %). Порівняння отриманих даних з 1998 р. показало, що кількість оптимістів щодо стану свого здоров'я після 2000 р. суттєво зменшилася, оскільки на той період 68% молоді вказували на добрий стан свого самопочуття⁶. Відповідно впродовж останніх років до цієї цифри повернутися не вдалося.

Причини захворюваності та класи хвороб за ці роки також практично не змінилися. Так, у 2002 р. про наявність хронічних захворювань повідомила четверта частина опитаних, ще дві третини молодих людей повідомили, що хворіли протягом останнього року: з них 7% були госпіталізовані, а 20% змушені викликати лікаря додому. Описана ситуація була типовою для різних вікових груп, практично не було відмінностей за статтю та місцем проживання⁷.

Таку ж інформацію надали опитані у 2010 р., коли дві третини молодих людей вказали, що за останні 12 місяців мали простудні захворювання та дотримувалися постільного режиму у середньому по чотири дні (у зв'язку з тією чи іншою хворобою), 11,8 % потерпали від застуди три і більше разів⁸.

Загалом у 2010 р. лише менше третини осіб зовсім не стикалися з хворобами,⁹ що свідчить про дуже низький рівень реалізації профілактичних державних програм, які фінансуються відповідними міністерствами та спрямовані на покращення здоров'я молоді.

⁶ Дослідження, проведене у межах українсько-канадського проекту «Молодь за здоров'я» Українським інститутом соціальних досліджень

⁷ Дослідження ДІПСМ/УІСД, квітень 2003 р.

⁸ Дослідження, проведене Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді «Ставлення молоді до здорового способу життя» (2010 р.)

⁹ Детальний аналіз щодо реалізації цих програм надано у 2 розділі, п. 2.1.3

Варто звернути увагу, що вік суттєво впливає на загальну самооцінку і саме для підлітків характерний більш оптимістичний підхід до життя. Свій стан здоров'я найбільш позитивно схильна оцінювати молодь 14-17 років: 72,3 % дали оцінки «дуже добре» та «добре».

У молоді віком 18-24 роки позитивне сприйняття знижується: майже дві третини визначають своє здоров'я як «дуже добре» та «добре». У віковій групі 25-35 років на позитивну оцінку стану здоров'я вказує лише 58,4 % осіб¹⁰. Очевидно, що з віком люди набувають більшого життєвого досвіду, а деякі звички стають причинами погіршення стану здоров'я та вимагають значної уваги до способу життя.

Молоді люди як у 1998, 2002, так й у 2010 р. досить добре усвідомлювали цінність здоров'я, їх турбує поширення наркозалежності та алкоголізму, епідемія ВІЛ/СНІДу, стан екології та низький матеріальний рівень забезпечення.

У системі освіти (серед закладів усіх рівнів акредитації) проводяться щорічні обстеження стану здоров'я учнівської та шкільної молоді, але вони носять загальний медичний характер, оскільки спрямовані на виявлення хронічних чи інфекційних захворювань і не пов'язані із просвітницькою роботою щодо профілактики та формування здорового способу життя. Тим не менш, офіційна статистика також стверджує, що має місце стійка тенденція до погіршення здоров'я учнівської молоді.

Так, за даними Міністерства охорони здоров'я України, за 1991–2001 рр. підвищення рівня захворюваності й поширеності хвороб серед молоді відбулося за всіма класами. Найбільше зросла захворюваність на хвороби крові та кровотворних органів (у 5,5), новоутворення (у 4), хвороби сечостатевої системи (у 3,5), кістково-м'язової системи і сполучної тканини (у 3,1), системи кровообігу (у 2,2), ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду (у 2,9), природжені вади розвитку (у 2,2).

У 2010 р медики констатують, що за час навчання у загальноосвітньому навчальному закладі школярі втрачають щонайменш третину свого здоров'я. Зокрема погіршуються зір (в 3 рази), слух (1,3), осанка (4,6), зростає кількість випадків захворювань нирок (1,5), на хвороби органів травлення (2,5), нервової системи (2), збільшується частота хвороб ендокринної залози (2,5).

Окремо слід відзначити, що у порівнянні з 2005 роком (9113,8 на 10 тис. відповідного населення) підліткова захворюваність за всіма класами хвороб у 2010 р. зросла на 19 %, а найвищий рівень захворюваності спостерігався у Київській, Харківській, Вінницькій областях та м. Києві¹¹.

Для порівняння зазначимо, що серед найбільш поширених хвороб у 2005 р. серед молоді віком 15-17 років перше місце належало хворобам ор-

¹⁰ Дослідження, проведене Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді «Ставлення молоді до здорового способу життя» (2010 р.)

¹¹ Матеріали Міністерства охорони здоров'я України до щорічної доповіді Президенту України «Стан молоді в Україні» / к.м.н. Н.В. Медведовська, к.м.н. Г.В. Курчатова (2010 р.)

ганів дихання (30,7%), друге – ендокринної системи (11,1%), третє – кістково-м'язової системи (8,6%).

Слід також звернути увагу на досить високий показник хвороб органів травлення (8,3%) та зору (7,0%)¹². Показники 2003 р. дещо відрізняються від наведених за 2005 р. І хоча хвороби органів дихання (46,2%) також були на першому місці, інші хвороби стосувалися шкіри (7,5%) та сечостатевої системи (5,7%)¹³.

Медики констатують, що за останні роки має місце нижчий показник захворюваності сільської молоді (2009, 2008 рік – 899,3 на 1 000 відповідного населення) у порівнянні із міською (2008 рік – 1095,8 на 1 000 відповідного населення), що не зовсім відображає реальний стан справ, оскільки через обмеженість доступу до медичної допомоги сільські мешканці рідше звертаються до лікаря.

Отже, на показники захворюваності молоді, незалежно від класу хвороб, суттєво впливає низький рівень відповідальності за збереження власного здоров'я та завищена самооцінка його стану. Можна стверджувати, що роль батьків у цьому процесі є визначальною, оскільки вони не тільки мають навчити дітей бути здоровими, але й сформувані необхідні знання та навички на майбутнє життя.

Загалом фізичний стан молоді в Україні є достатньо проблемним. Сучасні дослідження показують, що в процесі дорослішання частка молодих людей, які займаються фізичним розвитком, зменшується. По-перше, не завжди є відповідні умови для проведення занять обраними видами рухової активності. По-друге, такі заклади не є доступними для більшості населення, особливо для молодих сімей з дітьми. Але фізична активність, активний спосіб життя, належна тривалість сну відіграють важливу роль у підтриманні здоров'я молодої людини.

За результатами соціологічного дослідження «Ставлення молоді України до здорового способу життя»¹⁴, ранкова зарядка, заняття фізкультурою і спортом, загартування власного організму поки що не стали життєвою практикою більшості українських юнаків і дівчат, а з віком таких звичок дотримується все менша кількість молодих людей. Загалом щоденну ранкову зарядку роблять менш ніж 10 %, а майже половина ніколи не вдається до неї взагалі (див. мал. 1.2.1.1.).

¹² Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України «Про становище молоді в Україні» (щодо підтримки молоді сім'ї, посилення соціального захисту дітей та молоді у 2001-2006 рр.)

¹³ Доповідь «Формування здорового способу життя української молоді: стан, проблеми та перспективи» (2003р.)

¹⁴ проводилося Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за сприяння ЮНІСЕФ (у 2010 році)



**Мал. 1.2.1.1. Розподіл відповідей на питання
«Як часто ви робите ранкову зарядку», (%)**

Водночас в два рази більше чоловіків практикують щоденну зарядку (12,7 % проти 6,1 % жінок). З віком кількість тих, хто категорично не робить ранкову зарядку, неухильно зростає: 14-17 років — 34,2 %, 18-24 роки — 46,6 %, 25-35 років — 56,7 %. Також переважна більшість вихідців з села звикла взагалі обходитися без ранкових вправ — 57,5 %.

Проте останній факт можна пояснити тим, що на селі завжди вистачає фізичної роботи, тому його мешканці не бачать потреби у додаткових навантаженнях. Хоча фізична робота та заняття фізичною культурою відрізняються за впливом на стан здоров'я людини та його збереження. Дуже часто виснажлива фізична праця є причиною багатьох серйозних захворювань, в той час як фізична культура та спорт позитивно впливають на загальний рівень здоров'я.

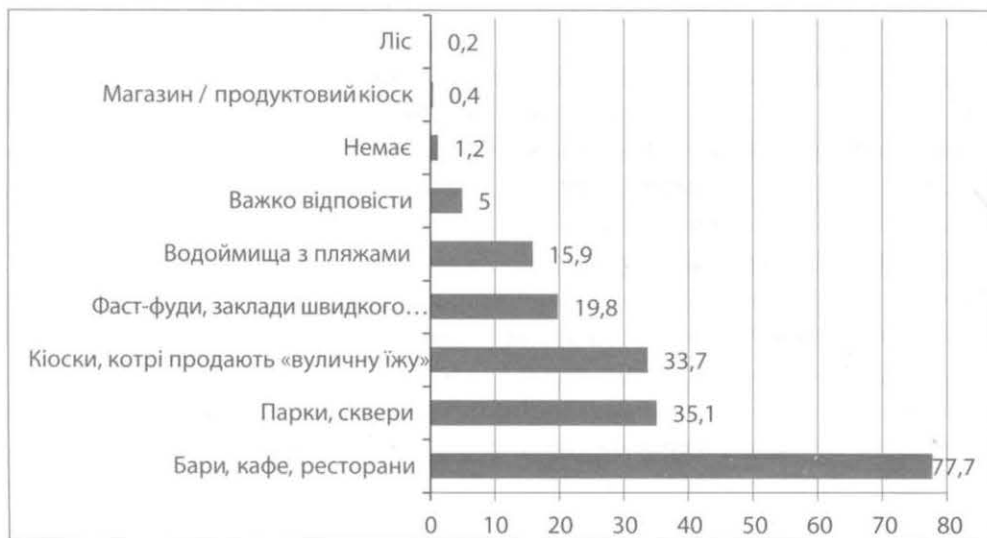
Для підтримки належного стану здоров'я молода людина повинна мати доступ до розгалуженої інфраструктури: наприклад, для занять фізичною культурою чи спортом, для проведення активного дозвілля. А в разі хвороби чи за іншою потребою навіть отримати доступ до якісних медичних чи профілактичних послуг з питань здоров'я та здорового способу життя. Бажано, аби такі заклади були розташовані у зручних місцях та максимально наближені до місця проживання, навчання чи роботи.

Однак реальна ситуація є досить не втішною, оскільки за результатами соціологічного дослідження «Ставлення молоді України до здорового способу життя»¹⁵, лише у половини опитаних поблизу їх помешкання розташовані спортивні шкільні майданчики, 40,8 % живуть поблизу стадіонів, 34,6 % мають доступ до спортивних майданчиків у своїх дворах, 23,3 % мешкають поблизу спортивних залів, а 18,1 % — біля тренажерних споруд.

¹⁵ проводилося Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за сприяння ЮНІСЕФ (у 2010 році)

Природно, що найскладніша ситуація з доступом до спортивної інфраструктури у мешканців сіл – найбільше людей мешкають біля спортивних майданчиків у школах та стадіонів (52,3 % та 40,2 % відповідно). Проте лише 14,7 % опитаних мають у своїх дворах спортивні майданчики, а 13,4 % проживають біля спортивних клубів.

Натомість біля помешкань 77,7 % респондентів розташовані бари, кафе та ресторани, які не сприяють формуванню здорового способу життя. Крім того, на селі різниця між кількістю барів, кафе і ресторанів та наявністю інших об'єктів інфраструктури виявляється ще більш разючішою: бари/кафе/ресторани – 70,6 %, парки/сквери – 16,6 %, водоймища з пляжами – 13,3 % (див. мал. 1.2.1.2). Провести порівняльний аналіз про стан людей, які займаються своїм фізичним розвитком, та про доступність до інфраструктури за інші роки (1991–2008 рр.) не видається можливим, оскільки подібних соціологічних досліджень до 2010 р. з урахуванням всіх категорій молоді не проводилося.



Мал. 1.2.1.2. Розподіл відповідей на питання «Чи є поблизу Вашого помешкання наступні об'єкти?», (%)

Збереження репродуктивного здоров'я потребує особливої уваги до дівчат як майбутніх матерів. Нині тенденція є доволі негативною, оскільки за останні 5 років (2005 – 2010 рр.) на 20,6% зросла захворюваність саме серед дівчат-підлітків і наразі становить 20659,0 на 1000 дівчат віком 15–17 років. При цьому зросла частота тих хвороб, які у майбутньому можуть значно ускладнити перебіг вагітності, пологів і формують високі показники материнських та плодових репродуктивних втрат: хвороб крові та кровотвірних органів — 29,1%, розладів менструацій - 14,8%, хвороб сечостатевої системи — 9,5%¹⁶.

¹⁶ Матеріали Міністерства охорони здоров'я України до щорічної доповіді Президенту України «Стан молоді в Україні» / к.м.н. Н.В. Медведовська, к.м.н. Г.В. Курчатова (2010 р.)

За даними Міністерства охорони здоров'я України¹⁷, нині кожна шоста дитина народжується з відхиленням в стані здоров'я, тому що до того часу, коли майбутні батьки вступають у репродуктивний період, вони вже мають цілу низку статевих захворювань. Особливу небезпеку становлять онкологічні захворювання, хвороби, що передаються статевим шляхом та туберкульоз, який відноситься до класу соціально-небезпечних хвороб (див. табл. 1.2.1.1). Слід звернути увагу на поширення динаміки захворюваності за цим класом хвороб: якщо у 1995 р. на 100 тис. населення було 42,9 % випадків захворювання на туберкульоз, то у 2010 р. ця цифра уже виросла вдвічі і склала 87,5 %. Тоді як онкологічна захворюваність за цей період коливається в межах від 33,9 у 1995 р. до 34,1 % у 2010 р., практично не перетинаючи зазначену межу.

Відповідно можна зробити висновок, що державні програми, спрямовані на лікування онкологічних захворювань та їх профілактику, є більш ефективними за програми боротьби з поширенням туберкульозу. Ця ситуація має стати предметом серйозних дискусій з боку не тільки відповідних державних органів, але й суспільства, оскільки від її вирішення залежить стан соціального й фізичного здоров'я великої кількості не тільки молоді, але й пересічних громадян.

Іншою серйозною проблемою, яка негативно впливає на здоров'я молоді, є значне поширення захворювань, що передаються статевим шляхом (див. табл. 1.2.1.2).

Таблиця 1.2.1.2

**Захворюваність, що передається переважно статевим шляхом,
по Україні у віці 15-34 роки**

(за даними Міністерства охорони здоров'я України)

Роки	Туберкульоз		Онкологія	
	абсолютні числа	на 100 тис. населення	абсолютні числа	на 100 тис. населення
1995	6223	42,9	4913	33,9
1996	6929	48,3	4969	34,6
1997	7792	54,9	4916	34,6
1998	9023	63,9	4681	33,2
1999	8699	61,6	4518	32,0
2000	9729	68,7	4507	31,8
2001	10958	77,0	4519	31,7
2002	12695	90,8	4473	32,0
2003	13407	95,1	4560	32,3

¹⁷ Дудіна О.О., Моїсеєнко Р.О. / Репродуктивне здоров'я молоді/ звіт Міністерства охорони здоров'я України (2010)

Роки	Туберкульоз		Онкологія	
	абсолютні числа	на 100 тис. населення	абсолютні числа	на 100 тис. населення
2004	14124	99,8	4597	32,5
2005	14543	102,5	4545	32,0
2006	14427	102,0	4512	31,9
2007	13771	97,9	4631	32,9
2008	13507	96,9	4572	32,8
2009	12925	93,6	4551	33,0
2010	11928	87,5	4649	34,1

Україна / роки	Сифіліс		Гонококова інфекція		Хламідійна інфекція		Урогенітальний мікоплазмоз		Трихомоніаз	
	абс. число	на 100 тис. нас.	абс. число	на 100 тис. нас.	абс. число	на 100 тис. нас.	абс. число	на 100 тис. нас.	абс. число	на 100 тис. нас.
1999 р.	40576	287,4	21080	149,3	19803	140,3	6997	49,6	117368	831,3
2000 р.	30707	216,8	20835	147,1	26816	189,3	10000	70,6	122442	864,3
2001 р.	25571	179,6	19688	138,3	27237	191,3	13345	93,7	116357	817,3
2002 р.	20462	146,3	18415	131,7	19234	137,5	12693	90,8	99954	714,6
2003 р.	17209	122,1	16997	120,6	24079	170,8	15872	112,6	95518	677,6
2004 р.	15115	106,8	15882	112,2	24746	174,8	21008	148,4	90136	636,8
2005 р.	12599	88,8	14759	104,0	26373	185,9	23568	166,1	85427	602,2
2006 р.	9974	70,5	12544	88,7	27319	193,2	26036	184,1	79420	561,7
2007 р.	8586	61,0	11099	78,9	26660	189,6	26499	188,4	77240	549,2
2008 р.	6872	49,3	9978	71,6	27251	195,4	29768	213,5	71391	512,0
2009 р.	5302	38,4	8618	62,4	24325	176,2	27565	199,7	64359	466,2
2010 р.	4181	30,7	7788	57,2	22470	164,9	27971	205,3	61470	451,1

Наведена статистика показує, що впродовж 1999–2010 рр. вдалося суттєво знизити захворювання, які завдають найбільше шкоди репродуктивній функції людини віком від 15 до 34 років, що свідчить про покращення медичного обслуговування та доступність необхідних медичних послуг для широкого загалу молоді, зокрема завдяки функціонуванню «Клінік, дружніх до молоді».

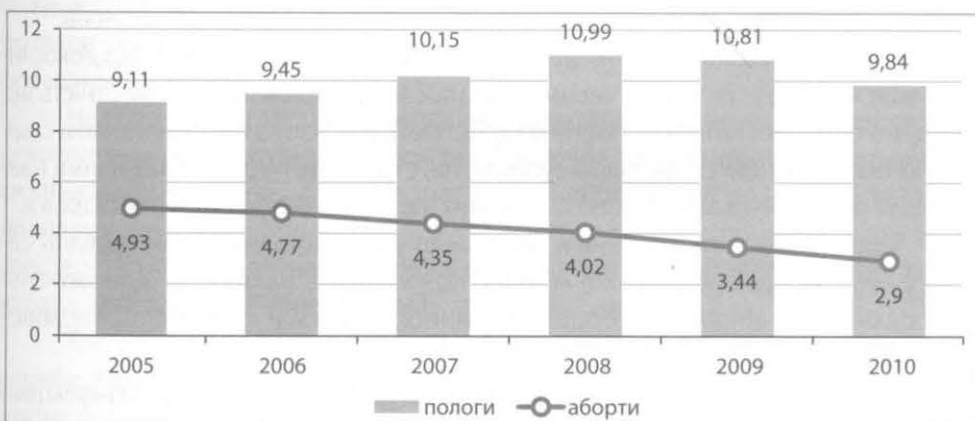
Великою проблемою для збереження репродуктивного здоров'я залишається штучне переривання вагітності (аборти) серед підлітків (у 2010 р. було зафіксовано майже 3% випадків). Загалом, за офіційною статистикою Міністерства охорони здоров'я України (2010 р.), на дівчаток у віці від 10 до 14 років

припадає 0,05% усіх штучних абортів, на 15-17-річних — 2,5%, на жінок віком 18-34 роки — 80,5% і на 35-49-річних — 16,9%.

За даними громадських організацій, які займаються профілактикою абортів в Україні, тільки 2% жінок віком до 40 років не зробили жодного абортів, а на 100 новонароджених малюків припадає 146 ненароджених в результаті абортів.

Для матерів у підлітковому віці існує більша загроза ускладнень вагітності (викиднів, передчасних пологів, анемії) ніж для жінок, старших за 20 років. Переривання небажаної вагітності у підлітків є значною проблемою репродуктивних розладів у майбутньому.

Медики стверджують, що до 1996 р. частота абортів серед неповнолітніх була достатньо високою та становила 0,17 на 1 тис. дівчаток до 14 років, і тільки починаючи з 2000 — 2004 рр. цей показник дещо знизився та знаходився в межах від 0,09 до 0,1 на 1000 дівчат відповідного віку. Протягом останніх 5-ти років покращилася ситуація, пов'язана із частотою пологів та абортів у дівчат 15-17 років: аборти знизилися від 4,93 % у 2005 р. до 2,9 % у 2010 р., а пологи підвищилися (**див. мал. 1.2.1.3**)¹⁸.

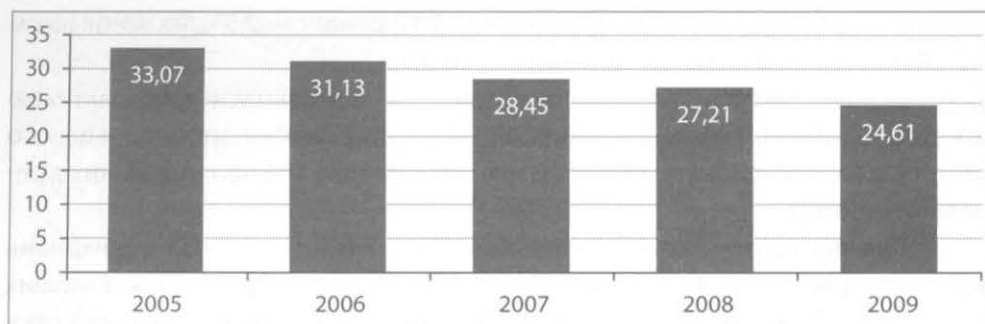


Мал. 1.2.1.3. Частота абортів та пологів серед дівчат підліткового віку на 1000 відповідного населення

На думку медиків, зазначена тенденція є результатом стабільної роботи системи планування сім'ї, яка за 15 років своєї діяльності дозволила знизити показники абортів у дівчаток-підлітків майже в 10 разів (з 31% на 1000 відповідної категорії у 1995 р. до 2,9% у 2010 р.). Необхідно зазначити, що починаючи з 2005 р. спостерігається позитивна тенденція до зменшення числа абортів не тільки серед підлітків, але й серед жінок 18-34 років: від 33,07 на 1000 жінок 18-34 років у 2005 р. до 24,61 у 2009 р.¹⁹ (**див. мал. 1.2.1.4**).

¹⁸ За даними Міністерства охорони здоров'я України (2011)

¹⁹ Дані за 2010 р. на офіційних сайтах відсутні



Мал. 1.2.1.4. Динаміка частоти абортів у жінок 18–34 років в Україні у 2005–2009 рр. (на 1000 жінок відповідного віку)

Але незважаючи на позитивну динаміку частоти абортів серед жінок фертильного віку цей показник у 1,5–3 рази вищий, ніж у Канаді, Нідерландах, Німеччині, Іспанії, Фінляндії.²⁰ Тобто існуюча ситуація потребує більш активного інформування жіночої частини населення про здоровий спосіб життя та згубний і негативний вплив ранніх статевих стосунків на їх здоров'я. Вкрай важливою є і просвітницька робота серед батьків, вчителів, які повинні сформувати у дівчаток негативне ставлення до ранніх сексуальних стосунків.

Проведений аналіз стану фізичного здоров'я молоді показує, що докорінних змін на краще останнім часом не сталося. Захворюваність і смертність від серцево-судинної патології постійно зростають у зв'язку з несприятливою соціально-економічною ситуацією в суспільстві, стресами, перевантаженнями навчанням, роботою та відсутністю доступних засобів для відновлення здоров'я.

Спостерігається тенденція до збільшення хронічних захворювань серед учнівської та студентської молоді, пов'язаних з наявністю функціональних відхилень в діяльності серцево-судинної системи й зростанням нервово-психічних розладів.

Складною залишається ситуація щодо захворюваності молоді на інфекційні та паразитарні хвороби, отримання травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин.

Існує велика потреба щодо організації рухової активності населення за місцем проживання чи роботи, у будівництві нових та реконструкції вже існуючих спортивних споруд з басейнами та залами для ігрових видів спорту.

Усе вищенаведене потребує прийняття державою кардинальних змін у сфері молодіжної та соціальної політики, де одним із шляхів має стати формування здорового способу життя серед дітей і молоді за місцем проживання, роботи чи навчання.

²⁰ Матеріали Міністерства охорони здоров'я України до щорічної доповіді Президенту України «Стан молоді в Україні» / к.м.н. Н.В. Медведовська, к.м.н. Г.В. Курчатова (2010 р.)

1.2.2. Психічне здоров'я

Психічний стан людини має велике значення для здорового повноцінного життя, оскільки безпосередньо впливає на здатність навчатися, розвиватися професійно, саморозвиватися та вести активний спосіб життя.

Особливе занепокоєння викликає поширення розладів психіки та поведінки серед молоді за останні роки. Медики стверджують, що справжні значення показників порушень психічного здоров'я молоді значно вищі за дані офіційної статистики.

За результатами обстеження ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», рівень психічних порушень у молоді старших класів має тенденцію до зростання. Психічні неспсихотичні розлади реєструються у третини підлітків, що у 2,5 рази більше ніж десять років тому (14,4 % у 1997 р. і 37,4 % у 2009 р.). У підлітків сільської та міської місцевості у 2009 р. встановлено високу питому вагу психічних (37,4 % і 44,3 %, відповідно) і донозологічних (26,9 % і 25,6 %, відповідно) розладів невротичного характеру. У структурі психічних неспсихотичних розладів міської місцевості переважають невротичні розлади (42,4 %), емоційно-лабільні розлади органічного генезу (17,8 %), розлади поведінки (26,1 %). У підлітків сільської місцевості домінують емоційно-лабільні розлади органічного генезу (38,4 %), невротичні розлади (23,2 %), розлади поведінки (23,6 %).²¹

Незалежно від місця проживання у підлітків відзначається зростання невротичних розладів із тривалим та хронічним типом перебігу, збільшується кількість маскованих форм депресивних невротичних розладів із різними проявами девіантної поведінки. У 80 % підлітків із невротичними розладами спостерігається девіантна поведінка, що приводить до правопорушень та покарань у вигляді позбавлення волі.

Так, на кінець 2010 року у сфері діяльності Державної пенітенціарної служби України перебувало понад 8,2 тис. неповнолітніх засуджених та осіб, узятих під варту, з яких: 5,8 тис. були засуджені до кримінальних покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, близько 1,5 тис. утримуються у спеціальних виховних установах (виховних колоніях) та 900 — у слідчих ізоляторах. Загалом по виховних колоніях 587 (41%) засуджених мали вік від 17 до 18 років, 513 (36%) старші за 18 років, 274 (19%) від 16 до 17 років та 58 (4%) осіб від 14 до 16 років. Складність засуджених неповнолітніх, які потрапляють у місця позбавлення волі, обумовлена, в першу чергу, їх соціально-педагогічною занедбаністю.

Підтвердженням цьому є те, що 357 осіб (24,9%) до засудження не працювали і не вчилися, 713 (50%) не мали повноцінної опіки і виховання, оскільки мешкали у неповних сім'ях, як правило низького матеріального статусу, у тому числі 154 — сироти. До засудження 182 особи (12,7%) ви-

²¹ Дані інших вікових груп не аналізувалися через їх відсутність за даною тематикою

ховувалися у спеціальних виховних закладах освіти. Раніше притягувалися до кримінальної відповідальності та відбували покарання, не пов'язані з позбавленням волі, 857 осіб (59,8%), а 23 (1,6%) — повторно засуджені до позбавлення волі в неповнолітньому віці.

За даними МВС України, на 22,7% зменшилася кількість молоді, яка перебувала на обліку відділів кримінальної міліції у справах дітей: з 28 920 осіб у 2008 р. до 22 360 у 2009 р. Проте позитивна динаміка абсолютних показників не має заспокоювати, адже за ці роки скоротилась і кількість неповнолітніх. Тому фахівці вважають, що насправді поширеність злочинності серед молоді та неповнолітніх має стати тенденцією до зростання, а найбільш поширеними видами девіантної поведінки у молоді із невротичними розладами називають комунікативну девіацію, патохарактерологічні реакції, агресію, зловживання психоактивними речовинами, що викликають зміни психічної діяльності та аморальну поведінку²².

Серед соціально-психологічних чинників, які найчастіше негативно впливають на формування психічного здоров'я молоді, експерти називають: неповну і асоціальну сім'ю, відсутність стійких захоплень та інтересів, психологічну схильність до алкоголізації, поширення наркозалежності, наявність шкідливих звичок, високу загальну агресивність, порушення родинних стосунків, конфлікти з однолітками, батьками та вчителями.

Так, за результатами дослідження, проведеного Українським науково-методичним центром практичної психології та соціальної роботи АПН України, 34,5 % учнів вказали на факти насильства в сім'ї. Майже стільки ж (30,4 %) пам'ятають випадки, коли насильство в сім'ї спричинило порушення їх здоров'я. Молодь досить низько оцінила роль своїх батьків у захисті від насильства (16 %) зазначаючи, що батьки дуже рідко стають посередниками у вирішенні конфліктів, які виникають під час навчання. У таких випадках на їх допомогу розраховує лише 9,2 % опитаних²³.

Всі ці негаразди негативно впливають на психологічний стан молоді та потребують психологічної підтримки з боку практичних психологів та соціальних педагогів. Але самі молоді люди вважають, що доступність цієї психологічної підтримки є незначною: тільки 27 % респондентів визнають її доступною, тоді як переважна більшість (54 %) оцінили як недоступну, ще 19 % зазначили, що їм важко відповісти на це питання²⁴.

В чомусь схожою була ситуація у 2002 р., коли 14 % підлітків вказали, що стикаються із жорстоким насильством та насильством «дуже часто», а ще 18% — «часто».

22 «Журн. НАМН України», 2011, т. 17, № 1 — С. 48–53

23 За даними Міністерства освіти та науки України

24 Опитування молоді для вивчення її потреб та поглядів щодо розвитку молодіжної політики проводиться в рамках проекту «Огляд молодіжної політики. Дослідницька група», що виконується Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України на замовлення ЮНІСЕФ, 2010 р.

На їх думку, найчастіше джерелом жорстокого ставлення є спілкування з однолітками в школі чи іншому навчальному закладі та з батьками або членами родини²⁵.

Зростання психічних розладів серед молоді потребує ухвалення невідкладних рішень як на державному рівні (заборона реклами алкоголю і тютюнопаління, прокату фільмів, що показують жорстокість і насильство; підтримка родин із дітьми), так і вдосконалення медико-психологічної допомоги з боку відповідних соціальних служб.

Іншим важливим напрямом роботи має стати реформування системи медико-соціальної реабілітації молоді із порушеннями психічного здоров'я шляхом проведення не лише вторинної і третинної профілактики, пов'язаної з ресоціалізацією молоді, але й формування здорового способу життя. Ця система має стати важливою складовою національної системи охорони здоров'я та психіатричної допомоги молоді.

Необхідне ретельне вивчення способу життя сучасної молоді у різноманітних сферах життєдіяльності: на ринку праці, навчання, сім'ї, неформальних організаціях, під час дозвілля, що надасть змогу розробити ефективні профілактичні заходи з урахуванням сучасних технологій комунікацій, спрямованих на зміну поведінки, стереотипів щодо способів життя тощо.

Окремого підходу потребує вивчення стресу як фактору, що суттєво впливає на загальний психічний стан здоров'я людини. В широкому розумінні під поняття «стрес» підпадають будь-які зміни, що викликають фізичну, емоційну або психологічну перенапругу. Стрес дезорганізує діяльність людини, призводить до різноманітних психоемоційних порушень (тривожність, депресія, неврози, емоційна нестійкість, занепад настрою або навпаки — перезбудження, гнів, порушення пам'яті, безсоння, підвищена стомлюваність тощо.). Деякі вчені схильні вважати, що стрес є основним чинником виникнення онкологічних захворювань.

За даними дослідження, проведеного у 2010 р. Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді²⁶ «Ставлення молоді до здорового способу життя», стрес є невід'ємною частиною повсякденного життя української молоді. Так, відповідаючи на питання «**В якій ситуації і як часто Ви зазнаєте стресу?**», 51,3% опитаних віком від 14 до 35 років відповіли, що зазнають стресу в сім'ї, причому 3,3% постійно, 10,5% дуже часто, 37,2% періодично. Друге місце за кількістю стресових ситуацій посідає робота — 44,6%. Зокрема 4,9% зазнають стресу на роботі постійно, 11,6% досить часто, а 28,1% періодично. Третє місце розділяють між собою²⁷ стресові ситуації, що виникають з коханою лю-

²⁵ Формування здорового способу життя української молоді: стан, проблеми та перспективи/ щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді (за підсумками 2002 року)

²⁶ Нині Державний інститут сімейної та молодіжної політики МОНМС України

²⁷ Різниця між двома наведеними нижче показниками не виходить за межі статистичної похибки.

диною (38,9% загалом, з них 2,2% постійно, 7,9% досить часто, 28,8% інколи), а також в державних установах (38,8%) з яких 4,2% постійно, 7,7% дуже часто, 26,9% осіб періодично (**див. мал. 1.2.2.1**).



Мал. 1.2.2.1. Розподіл відповідей на питання „В якій ситуації, і як часто Ви зазнаєте стресу?“ (%)

Характер впливу тих чи інших стресогенних факторів змінюється з віком респондентів: поступово на першому місці постає робота. Так, частка тих осіб, хто зазнає стресу на роботі, серед вікової категорії 14-17 років складає 13,2%, при цьому 0,8% зазнають його постійно, 2,1% досить часто, а 10,3% іноді²⁸.

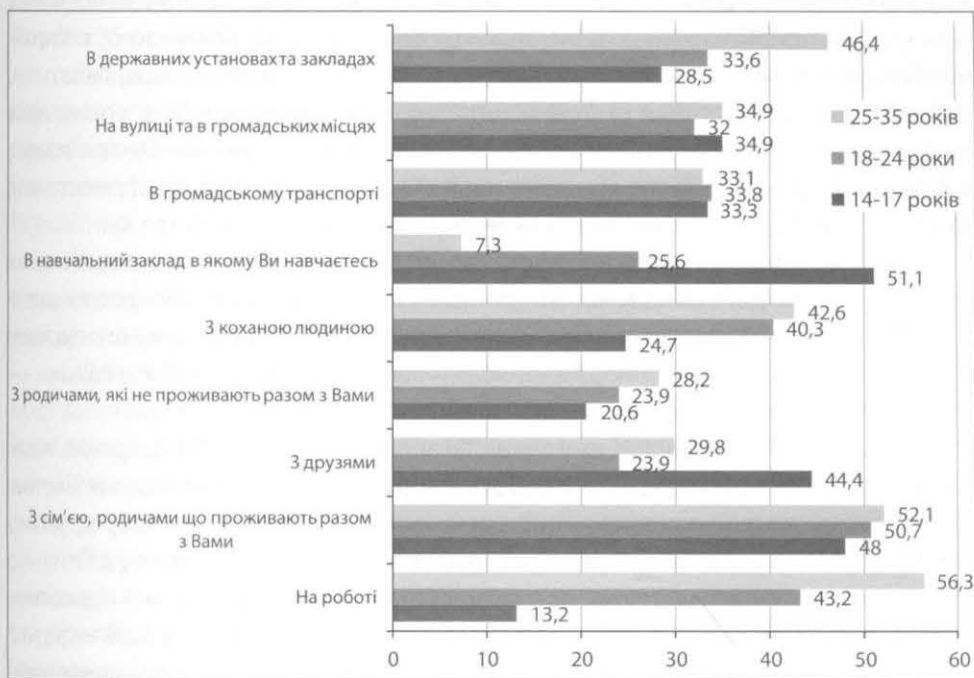
Для вікової категорії 18-24 роки кількість тих, хто зазнає стресу на роботі, зростає до 43% (4,9% постійно, 9,8% досить часто, 28,5% іноді), а для 25-35 років — до 56,3% осіб. Загалом більше половини респондентів у віці 25-35 років зазнають стресу на роботі. Якщо додати ще 33,9% респондентів, які хоча й рідко, але також зазнають стресу на роботі, то цифра сягне 90% осіб (**див. мал. 1.2.2.2**).

Таким чином, наведені дані дають підстави вважати, що існуючі умови праці жодним чином не сприяють покращенню здоров'я молодшої частини населення. Як наслідок, активно поширюється синдром професійного вигорання, який включає в себе психологічні, психофізіологічні й поведінкові компоненти.

Мова йде про емоційне виснаження (переживання спустошеності й безсилля); деперсоналізацію, дегуманізацію відносин з іншими людьми (прояв черствості, безсердечності, цинізму або брутальності); редукцію особис-

²⁸ Отримані цифри певною мірою свідчать також про рівень поширення дитячої праці в Україні

тих досягнень (зниження власних досягнень), втрату сенсу й бажання вкладати особисті зусилля на робочому місці.



Мал.1.2.2.2. Розподіл відповідей на питання «В якій ситуації, і як часто Ви зазнаєте стресу?» (%), розподіл відповідей респондентів за віком).

В результаті професійного вигорання працівників в організації погіршується психологічна атмосфера, зростають плинність кадрів, абсентеїзм (ухилення від виконання своїх функцій), конфліктність, знижуються кількісні і якісні показники роботи. А це вкрай негативно впливає на ефективність вітчизняної економіки в цілому.

Для зменшення впливу стресу на робочому місці доцільно розглянути передовий досвід інших країн, зокрема Великобританії, де на державному рівні забезпечується розробка та впровадження програм управління стресом на робочому місці. Питання зменшення впливу стресу на робочому місці мають бути в обов'язковому порядку враховані при прийнятті нового Кодексу законів про працю.

Кількість стресових ситуацій в громадському транспорті, а також на вулиці та в громадських місцях лишається стабільною для всіх вікових категорій — на рівні 33%.

Окремої уваги заслуговує той факт, що понад 51% молодих людей віком від 14 до 17 років зазнають стресу в навчальному закладі, де проходять навчання. Це може зумовлюватися цілим рядом факторів: специфікою організації навчального процесу, культурою викладання та взаємовідносинами між самими учнями тощо. Загалом це питання потребує додаткового дослідження та подальшого вивчення.

1.2.3. Соціальне здоров'я

Серед найактуальніших проблем, що потребують негайного вирішення на державному рівні, слід відзначити зростання нарко- та алкозалежності, поширення тютюнопаління та ВІЛ-інфекції серед молоді. Окрім того, в Україні поширені й інші соціально небезпечні хвороби — туберкульоз, гепатити, хвороби, що передаються статевим шляхом. При цьому офіційна статистика вказує лише приблизні дані щодо існуючих тенденцій та реалій. Це пов'язано з тим, що багато людей, які мають ці хвороби, уникають офіційної реєстрації та не звертаються до державних закладів за лікуванням.

На сьогодні має місце непроста ситуація щодо вживання *наркотичних речовин*. Так, за даними дослідження Інституту демографії²⁹, 9% респондентів віком 15-34 роки мають досвід вживання будь-яких наркотичних речовин протягом життя. Найбільш поширеною речовиною є марихуана або гашиш — їх вживало 8% респондентів.

Серед шкільної молоді вживання інгалянтів становить 3,4%, транквілізаторів, седативних речовин — 4,2%. Достатньо популярним є вживання екстазі (3%), який ще часто називають «дискотечним» наркотиком. Кожному другому учню у віці 13-16 років хоча б раз був запропонований цей наркотик, а близько третини скористалася цією «пропозицією». Загалом перше вживання наркотичних речовин у 32% респондентів відбулось у віці 12-16 років, ще у 32% — від 17 до 18 років, а у віці 19-28 років — у 30% молодих людей. Серед чоловіків найбільший відсоток (34,4%) спробував вперше наркотичні речовини у віці від 12 до 16 років, а серед жінок (44,4%) у віці 19-28 років. Наявна тенденція свідчить, що молоді люди чоловічої статі раніше пробують вживання наркотиків ніж жінки³⁰.

Останніми роками спостерігається поступове зменшення кількості молодих осіб, які перебувають на диспансерному нагляді через наркологічні розлади. Так, у 2009 році було зареєстровано 52 166, у 2008 — 53 252 особи. Проте рівень цих показників залишається неприпустимо високим: у 2010 році на 100 тис. молоді віком від 15 до 35 років припадало 375,1 осіб із наркологічними розладами.

Загалом під профілактичним наглядом у зв'язку з епізодичним вживанням наркотиків в 2010 році перебувало 28 532 особи (у 2009 р. — 28617, у 2008 р. — 28554), що свідчить про «постійний попит» на наркотики з боку молоді та низьку ефективність державних заходів з профілактики.

Реальні масштаби наркотизації населення країни до цього часу залишаються невідомими. За експертними оцінками, загальна кількість осіб з нар-

²⁹ «Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти», опитування, проведене Інститутом демографії у 2010 р.

³⁰ Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти / За ред. Е.М.Лібанової. — К.: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2010. — 248 с.

котиною залежністю та епізодичних споживачів наркотиків у 5–10 разів більша, ніж офіційно зареєстровано. Наркотизація молоді викликає загрозу демографічної безпеки, оскільки середній вік уражених на наркоманію становить 26 років, тобто є найактивнішим репродуктивним віком.

Люди, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом, мають високий ризик інфікуватися не тільки ВІЛ, а й гепатитами В та С. Сприяють цьому, зокрема, сформована в Україні колективна культура споживання наркотиків, продаж наркотиків, що вже набрані в шприци, тощо. За даними українського бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), носіями гепатитів є 6% дорослого населення, а громадські організації налічують всі 9%. При цьому і практики і теоретики епідеміології сходяться на тому, що понад 90% хворих не знають про свій діагноз, а отримати кваліфіковану медичну допомогу можуть не більше 1%.

Ситуація з вживанням наркотиків серед учнівської та студентської молоді залишається багато в чому невизначеною, оскільки система моніторингу наркоситуації в Україні поки що не сформована. Навчальні заклади та ВНЗ повинні бути для молоді осередками безпечного середовища, а батьки, віддаючи до школи дітей, мають бути впевнені, що ті повернуться додому здоровими³¹.

До основних факторів ризику зловживання наркотиками належать: їх легка доступність (перенасиченість фармацевтичного ринку кодеїновмісними препаратами, значні масштаби незаконної пропозиції наркотиків тощо), соціальна невлаштованість, зокрема зростання рівня безробіття серед молоді, розлади в сім'ї, психологічні, біогенетичні фактори, поширення наркотичної субкультури в молодіжному середовищі. Наразі суспільство визнає, що поширення наркоманії завдає серйозного удару по здоров'ю людини, по генофонду нації, підриває економіку, руйнує соціальну сферу та гальмує реформи, які проводяться державою.

З огляду на це виникає нагальна потреба провести серйозні соціологічні дослідження з проблем наркоманії серед молоді, рівня латентності незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів і сильнодіючих лікарських засобів, та виробити на їх основі комплексні медико-профілактичні та соціально-правові заходи.

Вживання *алкогольних напоїв* серед молоді наносить серйозний удар по загальному стану здоров'я. На кінець 2010 р. наша країна займала 5 місце у світі за кількістю вживаного алкоголю, що склало близько 20 літрів абсолютного спирту на душу населення, тоді як у 2000 році — 4,6, а в 2009 році — 9,8. Наразі більше п'ють тільки в Росії, Угорщині, Чехії та Молдові³².

Впродовж останніх років офіційна статистика надає інформацію, що в Україні офіційно зареєстровані та поставлені на наркологічний облік близь-

³¹ Державна служба України з контролю за наркотиками

³² За даними «Глобальної доповіді про становище у сфері алкоголю і здоров'я», опублікованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 2010 р.

ко 700 тисяч осіб, але точна кількість залежних від алкоголю невідома. Велика кількість експертів схильна вважати, що ця цифра перевищує офіційну у 2-3 рази. Крім цього, ВООЗ фіксує лише кількісний показник вживання алкоголю, а існує ще й якісний. Якщо у молдаван та угорців прийнято пити сухе вино, яке в невеликих дозах корисне для організму, якщо чехи віддають перевагу пиву, то в Україні (як і в сусідній Росії) найбільше вживають міцні напої, переважно горілку. Удар, якого вона завдає по серцево-судинній системі організму, куди більш руйнівний за «винний» і «пивний». Для прикладу, у 2009 році 67% смертей серед українців були викликані саме серцево-судинними захворюваннями.

Тривожна ситуація із вживанням алкоголю продовжує зберігатися і в 2010 році. Так, за даними Міністерства охорони здоров'я України, показник поширеності хронічного алкоголізму і алкогольних психозів серед молодих осіб у віці від 15 до 35 років становив 1001,6 на 100 тис. населення відповідного віку. Тобто більше 1% молодих людей має проблеми зі здоров'ям через алкогольну залежність, що засвідчує епідемічний рівень поширення цього явища. Причому в останні 3 роки цей рівень суттєво не змінюється: у 2009 році поширеність гострих інтоксикацій та розладів психіки через уживання алкоголю серед молоді становила 1025,4 на 100 тис. осіб, у 2008 р. — 1002,6. У 2010 році на диспансерному обліку через розлади психіки та поведінки: хронічний алкоголізм і алкогольні психози перебувало 139 193 особи віком від 15 до 35 років (у 2009 р. — 141 560, у 2008 р. — 139 812). Під профілактичним наглядом перебувало 88 557 осіб (у 2009 р. — 90 292, у 2008 р. — 91 360).

Слід зазначити, що за результатами дослідження Інституту демографії та соціальних досліджень, 96,1 % молодих людей віком 15-34 роки вказали, що вживали будь-які алкогольні напої протягом життя. Найбільш поширеним алкогольним напоєм є пиво, протягом життя його вживали хоч раз 88% респондентів, міцні алкогольні напої — 74 %, а 48% вживали самогон або інші алкогольні напої домашнього виробництва³³.

Загалом щороку Україна втрачає більше 40 тис. життів через вживання алкоголю, серед яких близько 8 тис. отруєнь алкоголем, десь 8 тис. кардіопатій і решта — всі інші захворювання, а також нещасні випадки, що через це трапляються³⁴. Ця цифра у 9 разів перевищує кількість осіб, які захворіли на СНІД (4 386) у 2008 р. та у 15 разів, які померли від цієї хвороби (2 714). Наразі медики зазначають, що 30% чоловіків у віковій групі від 25 до 50 років залежні від алкоголю. Ще одна особливість цієї хвороби — низький відсоток звернень до медиків щодо лікування алкозалежності. Важливим елементом алкоголізму є його небувало висока, на відміну від інших хвороб, соціалізація.

³³ Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти / За ред. Е.М.Лібанової. — К.: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2010. — 248 с.

³⁴ Дані за 2008 рік

Все оточення хворого, особливо члени сім'ї, заражується недугою. Формується колективна анозогнозія — нездатність хворого алкоголізмом, інших людей з його оточення, членів сім'ї критично оцінювати хворобливий стан, нездатність утриматися від спиртного, припинити його вживання. Розвивається стигматизація, руйнується ядро психічного, соматичного і економічного благополуччя сім'ї. Крім цього, лікування алкогольної залежності вимагає постійної тривалої роботи з використанням всього спектру доступних засобів медичного втручання і відносно самого хворого, і членів його родини.

Алкоголь є невід'ємною частиною культурного та економічного життя, він посідає майже головне місце в усіх емоційно значущих для людини подіях³⁵. Тому заборонні, обмежувальні заходи приречені на крах, якщо вони не супроводжуватимуться вдосконаленням профілактичної, інформаційно-роз'яснювальної роботи, що повинна носити цільовий характер — для підлітків, для молоді віком 18-35 років, молодих батьків, представників торговельних організацій та правоохоронних органів.

Тютюнопаління сприяє розвитку багатьох хронічних захворювань³⁶, що завдає значної шкоди здоров'ю. Хоча в Україні продаж тютюнових виробів особам, молодшим за 18 років, заборонено, за даними дослідження³⁷, майже п'ята частина підлітків дала позитивну відповідь на питання щодо паління. Левова частка тих, хто палить, почала робити це у віці до 20 років (до 13 років — 9 %, 14-16 років — 44,5 %, 17-19 років — 36, 5 %). Це актуалізує питання посилення контролю щодо дотримання вимог законодавства стосовно продажу тютюнових виробів і покарання винних у його порушенні.

3-поміж тих, хто палить, 38 % заявило про своє бажання кинути, у 42 % таке бажання виникає зрідка, а майже 20 % його не виявляють зовсім. Однак думки про те, що варто кинути палити, не завжди підкріплюються відповідною поведінкою. Так, жодного разу не пробували цього зробити 32 %, 27 % здійснювали невдалу спробу один раз, а 41 % — кілька разів³⁸.

Дані Держкомстату вказують на те, що тютюнопаління є найбільш поширеним в активному дитинстві: за даними соціологічних досліджень, проведених у 2009 р., 10 % жінок у віці 18–29 років повідомили, що палять (у 2008 р. — 13 %). Наразі в Україні недостатньо розвинуті соціально-психологічні послуги для тих, хто хотів би позбутися шкідливої звички, але самостійно

35 Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік / Міністерство охорони здоров'я України; Український інститут стратегічних досліджень ІОЗ України. — К., 2009. — 360 с.

36 Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS): Звіт за результатами дослідження, Україна, 2010. — К., 2010. — С. I-III.

37 Ставлення молоді до здорового способу життя, проведене Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді (2010)

38 Там само

не може. У той час як у багатьох країнах діють такі служби, зокрема для молоді, що спираються на сучасні методики психологічної допомоги курцям. У більшості випадків саме дитячі та молодіжні громадські організації проводять акції та заходи з цієї проблематики. Хоча проблема вимагає серйозних кроків з боку медиків та активної участі самої молоді.

Соціальна складова здоров'я тісно пов'язана з поширенням епідемії ВІЛ/СНІДу. З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році і до 2009 року офіційно зареєстровано 161 119 випадків ВІЛ-інфекції серед українських громадян, у тому числі 31 241 випадок захворювання на СНІД та 17 791 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Починаючи з 1999 року в Україні кількість нових випадків ВІЛ-інфекції постійно збільшується. У 2010 році офіційно зареєстровано майже 20,5 тис. — це найвищий показник за всю історію епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією.

На 1 липня 2011 року з 115 тис. ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під наглядом у медичних закладах, 88% віком 15–49 років³⁹. Слід зазначити, що ця хвороба вражає головним чином молодь — майбутніх батьків і матерів. Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 до 2007 рр. включно був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 р. відбулася зміна питомої ваги шляхів передачі — переважання статевого шляху над парентеральним.

У 2009 р. частка осіб, які були інфіковані статевим шляхом, зросла до 44%, у 2010 році продовжувала зростати (до 45%), проте відбулося зменшення питомої ваги інфікованих при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом — до 33,8%. В цілому по країні у 2010 р. зафіксовано 0,7% інфікованих вагітних жінок.

Разом з цим, необхідно зазначити, що завдяки реалізації комплексу заходів, спрямованих на призупинення епідемії ВІЛ-інфекції, в останні 5 років в Україні спостерігається зменшення наступних показників інтенсивності епідемічного процесу, а саме: темпу приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію (з 10,7% у 2007 році до 3,3% у 2010 році) та частки осіб у віковій групі 15–24 років серед нових випадків ВІЛ-інфекції (з 15,1% у 2007 році до 10,6% у 2010 році), що може свідчити про деяку стабілізацію епідемічної ситуації (**див. мал. 1.2.3.1**).

³⁹ За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України



Мал. 1.2.3.1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції та темпів приросту серед громадян України по роках

(за даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом)⁴⁰

Має місце зростання кількості смертей серед людей, хворих на СНІД. Так, у 2010 році від СНІДу померло 3 096 осіб, у тому числі 19 дітей (**див. мал. 1.2.3.2**). Така ситуація пов'язана з тим, що світова спільнота за весь довгий період поширення цієї хвороби не змогла створити необхідних ліків, які були б здатні її подолати.



Мал. 1.2.3.2. Кількість нових випадків захворювання на СНІД та померлих від хвороб, обумовлених СНІД, серед громадян України у 1991–2010 рр.

(за даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом)⁴¹

⁴⁰ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень // Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України. — № 35. — 2011.

⁴¹ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень // Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України. — № 35. — 2011.

В країнах, де активно поширюється ВІЛ-інфекція, особливо уразливими до інфікування ВІЛ є діти та молодь, оскільки, за свідченнями різноманітних досліджень, рівень застосування ризикованих практик серед них є більш високим, ніж серед дорослих.

За даними офіційної статистики, 2010 року в Україні понад половина випадків інфікування ВІЛ серед хлопців 15–19 років відбулася через споживання ін'єкційних наркотиків (53%), більшість дівчат того ж віку заразилися ВІЛ через незахищені гетеросексуальні контакти (92%).

Світовий досвід свідчить, що споживачі ін'єкційних наркотиків найбільш уразливі до ВІЛ і поширення інфекції серед них відбувається швидше за всіх. У відповідності до рекомендацій ЮНЕЙДС та ВООЗ, реєстрація випадків ВІЛ-інфекції серед осіб молодшого віку (15–19, 20–24 років) відображає рівень так званих «нових випадків» зараження, оскільки загроза інфікування ВІЛ для цієї групи виникла недавно.

За даними рутинного епідеміологічного нагляду, питома вага споживачів ін'єкційних наркотиків у віковій групі 15–24 роки від загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків має стійку тенденцію до зменшення з 2003 року (з 21,6% у 2003 р. до 6,6% у 2010 р.), що може свідчити про покращення ситуації у відношенні ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

Отже, як засвідчує наведена статистика, епідемія ВІЛ-інфекції в Україні продовжує поширюватися, причому переважно в молодіжному середовищі. Незважаючи на ріст питомої ваги статевого шляху передачі ВІЛ, споживачі ін'єкційних наркотиків залишаються основною «рушійною силою» поширення цієї інфекції в Україні.

У 1995 році в Україні було оголошено епідемію туберкульозу. За даними Міністерства охорони здоров'я України, захворюваність на туберкульоз з 1992 року неухильно зростала і збільшилась за цей період в 2,4 рази — з 35,0 на 100 тис. населення до 84,5 у 2005 році, коли відзначали максимальний рівень цього показника. Показник смертності за період епідемії збільшився в 2,7 рази — з 9,5 у 1992 році до 25,3 на 100 тис. населення у 2005 році. У 2009 році захворюваність на туберкульоз становила 72,7 на 100 тис. населення (33 424 осіб), що на 6,6% менше ніж у 2008 році і на 13,6% менше порівняно з 2005 роком, коли відзначали максимальний рівень цього показника. Рівень смертності знизився за 4-х річний період на 28,1% з — 25,3 до 18,2 на 100 тис. населення у 2009 році. Однак слід звернути увагу на думку тих фахівців, які вважають, що офіційна цифра хворих на туберкульоз в Україні, як і у випадку з іншими соціально небезпечними хворобами, є применшеною принаймні втричі.

Близько 86% хворих на туберкульоз становлять особи працездатного і репродуктивного віку, половина з них — непрацюючі особи працездатного віку. Вважається, що 80% хворих на туберкульоз перебувають за межею бідності. Водночас зростає кількість захворілих на цю хворобу серед представників відносно благополучних та навіть заможних груп населення.

Загальновідомим є факт надзвичайного поширення захворювання на туберкульоз в пенітенціарній системі. Разом з тим, показник захворюваності на туберкульоз (кількість вперше виявлених хворих на туберкульоз на 100 тис. осіб) в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах протягом останніх 10 років має стійку тенденцію до зниження і стабілізації та зменшився у 4,7 рази з 2000 року (2000 рік — 4873,6; 2009 рік — 1030,5). У 2009 році цей показник залишився на рівні 2008 року та становив 1030,5 на 100 тис. осіб (2008 рік — 997,6), що у 14 разів перевищує цей показник серед населення України (72,7 на 100 тис. населення).

Особливістю поширення туберкульозу в нашій країні є його пізнє виявлення, яке водночас є й однією з найосновніших причин зростання рівня смертності від цієї хвороби. Так, аналіз даних щодо померлих від туберкульозу за термін менше одного року спостереження в диспансері свідчить про значний ріст цього показника в останні 15 років. Усе частіше туберкульоз діагностується тільки після смерті хворого — на автопсії (під час розтину), тобто людина була носієм інфекції, однак не знала про це.

За критеріями Всесвітньої організації охорони здоров'я, показник захворюваності на туберкульоз, що сягає за 30 випадків на 100 тис. населення, відповідає високому рівню захворюваності. В Україні він, як зазначалося вище, складає понад 70, тому наша держава віднесена до групи країн з високим рівнем захворюваності на цю хворобу.

Загалом розповсюдженість асоціальних явищ в суспільстві пов'язана з різними економічними та соціальними проблемами, з низьким рівнем життя населення тощо. Іншим прикорм фактом стало те, що в нашій країні так і не сформувалися традиції й культура здорового способу життя, які передбачають усвідомлення цінності власного здоров'я та відповідні практичні дії й поведінку для його збереження. Також дуже важливо, аби **здійснення профілактичної роботи було належним чином профінансовано державою**. Ще на початку 90-х років XX століття ВООЗ звертала увагу світової громадськості на те, що для досягнення позитивних результатів розмір асигнувань на медико-санітарну просвіту повинен бути не менше 3% від обсягу бюджету на охорону здоров'я, особливо в заходи з формування здорового способу життя.

Наразі в нашій країні акцент робиться на лікувальній роботі щодо протидії соціально небезпечним хворобам. В той же час питання первинної профілактики захворювань розглядаються як другорядні, а формування здорового способу життя носить декларативний характер. Ще в минулому році відбулося обговорення питань, пов'язаних із запровадженням здорового способу життя, у молодіжному середовищі на Парламентських слуханнях у Верховній Раді України, але прийняті рішення у більшій мірі спрямовані на розвиток фізкультури та спорту без врахування інших важливих складових здоров'я.