МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
УКРАЇНСЬКО-УГОРСЬКИЙ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
КАФЕДРА ІСТОРІЇ УГОРЩИНИ ТА ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

Реєстраційний номер: 7
Дата реєстрації: 18.06.2025

БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

на тему: «**Пандемії та епідемії хх століття: вплив на суспільство і державну політику**»

Виконала студентка IV курсу
спеціальність: 291 - «Міжнародні відносини, суспільні комунікації та регіональні студії. Країнознавство»
Кіш Рената Бертолонівна

Керівник: доц. Зубанич Л.Л.
Рецензент: доц. Головач А. Й.

Допуск до захисту
Л. Зубанич
24.06.2025

м. Ужгород - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП……. 4
РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ ПАНДЕМІЇ ТА ЕПІДЕМІЇ ХХ СТОЛІТТЯ….. 10
1.1 Іспанський грип (1918–1920)…….. 11
1.2 Поліомієліт (1950-ті – 1960-ті рр.)……... 19
1.3 Азійський грип (1957) та Гонконзький грип (1968)…….. 23
1.4 Пандемія ВІЛ/СНІДу (1980-ті – початок ХХІ століття)…… 27
РОЗДІЛ 2. ВПЛИВ ПАНДЕМІЙ НА СУСПІЛЬСТВО ТА ПОЛІТИКУ……. 39
2.1 Державна політика під час епідемій…… 39
2.2 Медичні інновації та розвиток науки…….. 50
2.3 Економічні наслідки пандемій……. 53
2.4 Соціальні трансформації…….. 55
2.5 Роль міжнародних організацій у менеджменті пандемій…….. 58
РОЗДІЛ 3. ПОГЛЯД У МАЙБУТНЄ: ПРОГНОЗУВАННЯ ТА УПРАВЛІННЯ НОВИМИ ЗАГРОЗАМИ……. 63
3.1 Глобальні ризики інфекційних захворювань у ХХІ столітті…… 63
3.2 Системи раннього попередження та моніторингу……. 66
3.3 Політика готовності та реагування……. 70
3.4 Етичні та соціальні дилеми майбутніх пандемій…… 71
3.5 Перспективи глобального управління пандеміями: нова угода ВООЗ……. 76
ВИСНОВКИ…… 80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….. 83

ВСТУП

Пандемії та епідемії завжди були потужним викликом для людства, що впливав не лише на стан здоров'я населення, а й на соціальні структури, економічні процеси, міжнародні відносини та державну політику. У XX столітті низка масштабних інфекційних захворювань — таких як іспанський грип, поліомієліт, азійський грип, пандемія ВІЛ/СНІДу — зумовила кардинальні зміни у підходах до охорони здоров'я, спричинила нові політичні рішення та трансформації в соціальній поведінці суспільств. Особливої актуальності вивчення цього питання набуває у світлі пандемії COVID-19, що охопила людство на початку XXI століття. Аналіз історичного досвіду пандемій XX століття дозволяє не лише краще зрозуміти механізми реагування держав і суспільств, але й виявити помилки та ефективні практики, які мають значення в сучасному контексті.

Пандемії XX століття мали масштабний і багатовимірний вплив на різні країни світу, стимулюючи розвиток систем охорони здоров'я, викликаючи зміни у законодавстві, міжнародній політиці, а також формуючи нові соціальні стратегії подолання кризи. Вивчення цих подій у країнознавчому контексті дозволяє простежити як універсальні, так і специфічні риси реагування держав, порівняти підходи різних політичних режимів та культур до викликів пандемій.

Метою даного дослідження є аналіз впливу ключових пандемій і епідемій XX століття на суспільний розвиток і державну політику в різних країнах світу. Задля досягнення поставленої мети передбачається вирішення низки конкретних завдань. Насамперед планується охарактеризувати основні пандемії та епідемії, які відбулися упродовж XX століття, зокрема визначити їх масштаби, динаміку поширення та специфіку перебігу. Далі буде здійснено аналіз державних заходів у сфері охорони здоров'я, які запроваджувалися у відповідь на епідемічні загрози, з акцентом на різні моделі реагування та їх ефективність. Особлива увага приділятиметься

виявленню соціальних, економічних та політичних наслідків пандемій для окремих держав і міжнародної спільноти в цілому. У рамках дослідження також буде оцінено, яким чином інфекційні кризи сприяли розвитку медичних інновацій, включаючи нові підходи до профілактики, лікування та організації медичної допомоги. Завершальним завданням стане визначення історичних уроків, здобутих у результаті боротьби з пандеміями, які можуть бути корисними для сучасного світу в умовах нових викликів у сфері глобального здоров'я.

Для досягнення поставленої мети передбачено виконання таких завдань:

- охарактеризувати основні пандемії та епідемії XX століття (іспанський грип, поліомієліт, азійський грип, ВІЛ/СНІД) з погляду їхнього поширення, масштабу та наслідків;
- проаналізувати політичні та адміністративні заходи, що впроваджувалися різними державами у відповідь на пандемії;
- дослідити вплив пандемій на розвиток систем охорони здоров'я, зокрема процеси вакцинації та медичні інновації;
- визначити соціальні трансформації, викликані пандеміями, зокрема зміни у громадській поведінці, відношенні до влади та сприйнятті ризику;
- виявити довгострокові економічні наслідки пандемій для окремих країн і глобальної економіки;
- узагальнити досвід боротьби з пандеміями XX століття та оцінити його значення для розуміння сучасних криз, таких як пандемія COVID-19.

Об'єктом дослідження є пандемії та епідемії як багатофакторне соціально-історичне явище, що справляє значний вплив на функціонування суспільств, трансформацію політичних інститутів, розвиток медицини та міжнародні відносини. У межах XX століття пандемії виступали не лише медичною проблемою, а й каталізатором змін у різних сферах життя — від законодавчого врегулювання до громадської свідомості. Саме тому об'єкт

дослідження охоплює як медичний аспект, так і соціальний, політичний, культурний і економічний контексти пандемій у світовій історії.

Предметом дослідження є конкретні прояви впливу пандемій XX століття на державну політику та суспільство в окремих країнах світу. Зокрема, аналізуються:

- реакції на пандемії з боку урядів, включаючи впровадження карантинних обмежень, розвиток системи охорони здоров'я, міжнародне співробітництво;
- соціальні наслідки епідемій, зокрема зміна моделей поведінки населення, посилення або зниження довіри до влади, трансформації медіапростору;
- роль пандемій у формуванні нових підходів до державного управління у сфері громадського здоров'я;
- відмінності у відповідях різних країн залежно від політичного режиму, рівня розвитку, культурних особливостей.

Таким чином, предмет дослідження акцентує увагу на перетині медичних викликів і політичних/соціальних реакцій у контексті глобального та регіонального розвитку.

У процесі підготовки даного дослідження було використано широкий комплекс джерел, що дозволяє забезпечити міждисциплінарний і цілісний підхід до аналізу впливу пандемій та епідемій XX століття на суспільство й державну політику. Основу джерельної бази становлять офіційні документи урядових установ, нормативно-правові акти, статистичні звіти, а також матеріали міжнародних організацій, зокрема Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка є одним з ключових джерел інформації про глобальні епідеміологічні процеси.

Значну увагу приділено аналізу наукових праць як українських, так і зарубіжних дослідників. У міжнародному контексті особливо вагомим є внесок британського історика М. Гонігсбаума, автора монографії «The Pandemic Century», у якій проаналізовано десять значущих пандемій XX

століття у контексті наукових помилок, соціального страху та реакції суспільства [68]. Не менш важливою є праця американського історика медицини Ф. Сноудена, «Epidemics and Society: From the Black Death to the Present», у якій хвороби розглядаються як рушій цивілізаційних змін і каталізатор державної трансформації [80]. Серед праць медичних антропологів слід виокремити дослідження П. Фармера, який не лише вивчав пандемію ВІЛ/СНІДу, а й критикував структурну нерівність у доступі до медичної допомоги у глобальному масштабі [62].

Український науковий дискурс представлений низкою актуальних досліджень. Зокрема, О. Гаврилюк з Інституту історії України НАНУ вивчає розвиток медичної галузі в контексті суспільно-політичних змін у XX столітті [7]. В. Марочко досліджує соціальні наслідки епідемій у радянській Україні, зокрема в умовах голоду та репресій [34]. У свою чергу, Н. Климова аналізує розвиток епідеміологічної служби України у взаємозв'язку з державною політикою, підкреслюючи роль державних інституцій у формуванні профілактичної медицини [21].

Методологічну основу дослідження становлять історико-порівняльний метод, що дозволяє зіставити пандемічні процеси в різних країнах та епохах; структурно-функціональний аналіз, що використовується для вивчення ролі інституцій та систем охорони здоров'я у протидії епідеміям; а також міждисциплінарний підхід, який дає змогу поєднати соціальні, медичні, політичні та країнознавчі аспекти у дослідженні глобальних інфекційних криз.

Наукова новизна дипломної роботи полягає у здійсненні міждисциплінарного аналізу пандемій XX століття як складного соціально-політичного явища, з використанням країнознавчого підходу. У межах дослідження вперше в українській історіографії здійснено спробу комплексного узагальнення історичного досвіду реагування різних країн на пандемії, що дозволяє порівняти особливості соціальних та політичних відповідей у демократичних і авторитарних режимах.

Інноваційність підходу полягає також в інтеграції медичних, соціальних і політичних чинників у вивченні пандемій як рушіїв трансформації державної політики, зокрема у сфері охорони здоров'я, а також у формуванні нових форматів міжнародного співробітництва. У роботі акцентовано увагу на тому, як пандемії ставали каталізаторами змін у суспільних практиках, сприяли переосмисленню ролі держави, трансформували моделі комунікації між владою та громадянами, а також впливали на розвиток інституцій медичної інфраструктури.

Крім того, у дослідженні запропоновано авторську періодизацію пандемій XX століття, яка враховує не лише хронологічні параметри, а й соціально-політичні наслідки поширення хвороб, що дозволяє по-новому інтерпретувати їхній вплив на глобальні процеси. Такий підхід розширює наукове уявлення про пандемії не лише як медичні, а передусім як суспільно-політичні явища, які визначали характер державного розвитку в окремі періоди історії.

Хронологічні рамки дослідження охоплюють період XX століття — від завершення Першої світової війни (1918 р.), коли розпочалася пандемія іспанського грипу, до початку XXI століття, коли пандемія ВІЛ/СНІДу набула глобального масштабу. Обраний часовий відрізок дозволяє простежити еволюцію підходів до боротьби з пандеміями, розвиток державних політик охорони здоров'я, вплив медичних криз на суспільні трансформації, а також взаємозв'язок між політичними системами та ефективністю реагування на епідеміологічні виклики.

Географічні межі дослідження охоплюють країни Європи, Північної Америки, а також окремі приклади з Азії та Африки. Основну увагу зосереджено на тих державах, де наслідки пандемій були найбільш відчутними як у соціальному, так і в політичному вимірах: США, Велика Британія, Франція, Німеччина, Іспанія, СРСР (а надалі — Росія та пострадянські держави), Китай, Південно-Африканська Республіка. Такий підхід дозволяє провести порівняльний аналіз між різними регіонами світу,

враховуючи як рівень розвитку систем охорони здоров’я, так і політичні та культурні особливості реагування на пандемії.

Практичне значення дослідження полягає в можливості використання його результатів у кількох важливих сферах. По-перше, отримані висновки можуть бути використані при підготовці освітніх курсів з країнознавства, історії міжнародних відносин, соціальної історії та історії медицини, оскільки дослідження пандемій XX століття дає можливість глибше зрозуміти вплив медичних криз на розвиток суспільств та держав.

По-друге, робота має практичну цінність для формування міждисциплінарного підходу до вивчення сучасних пандемій, зокрема COVID-19, з огляду на ретроспективу XX століття, що дозволяє порівняти реакції різних країн і проаналізувати, які уроки можна винести з минулих інфекційних криз.

По-третє, дослідження може слугувати базовим матеріалом для аналітичних досліджень, спрямованих на оцінку ефективності державної політики в умовах медичних криз, а також у розробці рекомендацій для покращення управлінських практик у сфері охорони здоров’я під час глобальних епідемій.

По-четверте, важливим практичним результатом роботи є можливість використання її матеріалів для популяризації історичного досвіду боротьби з пандеміями серед широкого загалу, що має на меті підвищення рівня критичного мислення та розуміння соціальних викликів, з якими стикається людство в умовах глобальних загроз для здоров’я.

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1.
ОСНОВНІ ПАНДЕМІЇ ТА ЕПІДЕМІЇ XX СТОЛІТТЯ

«Історія людства — це історія боротьби з хворобами.» — Френсіс Грік [13], британський біолог, один з відкривачів структури ДНК. Ця цитата відображає важливість боротьби з інфекційними захворюваннями у розвитку цивілізації та акцентує на незмінній взаємодії між людьми та хворобами протягом історії. Пандемії та епідемії не тільки змінюють життя окремих людей, але й мають довготривалий вплив на розвиток цілих суспільств, політичні режими, економічні структури і медичні системи. Тому, вивчаючи вплив пандемій на суспільство, важливо розуміти, які поняття та терміни використовуються для аналізу цього явища. У цьому контексті важливо чітко визначити основні категорії, які будуть використовуватися в рамках дослідження: пандемія, епідемія, захворювання та державна політика в умовах медичних криз. Розглянемо їхні значення та застосування в історіографії, щоб чітко окреслити межі нашого дослідження та методологічний підхід до аналізу цього феномену.

Епідемія (від грец. — «поширення серед народу») — це масове поширення інфекційної хвороби серед населення певної території за короткий проміжок часу, що значно перевищує звичний рівень захворюваності. Її поява часто зумовлена соціальними, санітарно-гігієнічними та демографічними умовами [48].

Пандемія (від грец. παν — «весь» та δῆμος — «народ») — епідемія, яка охоплює великі території, зокрема кілька країн або континентів, із масовим ураженням населення. Пандемії характеризуються швидким поширенням інфекції, наявністю глобальної загрози та необхідністю міждержавної координації заходів реагування [14].

Ендемія — це постійна наявність інфекційної хвороби на певній території, пов’язана з місцевими природними або соціальними умовами. На відміну від епідемії, ендемія має стабільний, але хронічний характер [47].

Спалах — короткочасне зростання захворюваності у певному населеному пункті чи об’єкті, яке може свідчити про початок епідемії, але не обов’язково призводить до її розгортання.

Епідемічний процес — це сукупність біологічних і соціальних механізмів, що забезпечують передачу збудника інфекції в суспільстві. Він є динамічним і може мати локальний або глобальний характер залежно від умов поширення [35].

Розуміння й чітке розмежування вказаних понять дозволяє здійснити системний аналіз історичних прикладів масових захворювань та оцінити, як вони впливали на системи охорони здоров’я, соціальну структуру і політичні рішення держав у XX столітті.

1.1 Іспанський грип (1918–1920)

«Іспанський грип» спричинив вірус грипу А (штаму H1N1) з пташиними генетичними ознаками. Точне місце походження пандемії досі не з’ясовано: сучасні дослідники пропонують різні гіпотези. Одна з них, зазначена в праці українського історика медицини Міхєєва А. О. (2018), вказує на перші спалахи грипу, зафіксовані в таборах американської армії в окрузі Гаскелл, штат Канзас, у січні 1918 року. Інші вчені, зокрема Коляденко К. В. (2021), зазначають можливе поєднання вірусів свиней і птахів у госпіталях на Західному фронті у Франції 1916–1917 років, або навіть ранні випадки грипу серед китайських робітників і селян наприкінці 1917 року. Однак, згідно з дослідженнями Джордана (1927), ці зв’язки не підтверджуються: випадки в Китаї були малочисельними та локальними, не пов'язаними з глобальною пандемією.

Таким чином, хоча вірус H1N1 має пташине походження, питання про точне місце початкових подій, що призвели до пандемії, залишається відкритим для наукових дискусій.

Незалежно від походження, грип поширювався дуже швидко. Перші підтверджені випадки «іспанки» серед військових зареєстровано у весну 1918 р. у США. Проте завдяки інтенсивним переміщенням військ під час Першої світової війни та масовій міграції населення вірус практично одразу поширився на Європу, Азію, Африку та Океанію. Військові, корабельні пороми та залізничне сполучення розносили інфекцію між континентами. За приблизними оцінками, до кінця пандемії протягом 1918–1920 рр. нею захворіло близько 500 млн осіб (що становило майже третину населення світу). Рівень летальності був дуже високим – від 2,5 до 10% захворілих у найважчих спалахах. У низці районів світу спричинених грипом смертей було настільки багато, що пандемію іноді порівнюють із трьома вершниками Одкровення – війною, голодом і чумою одночасно [38, с. 25].

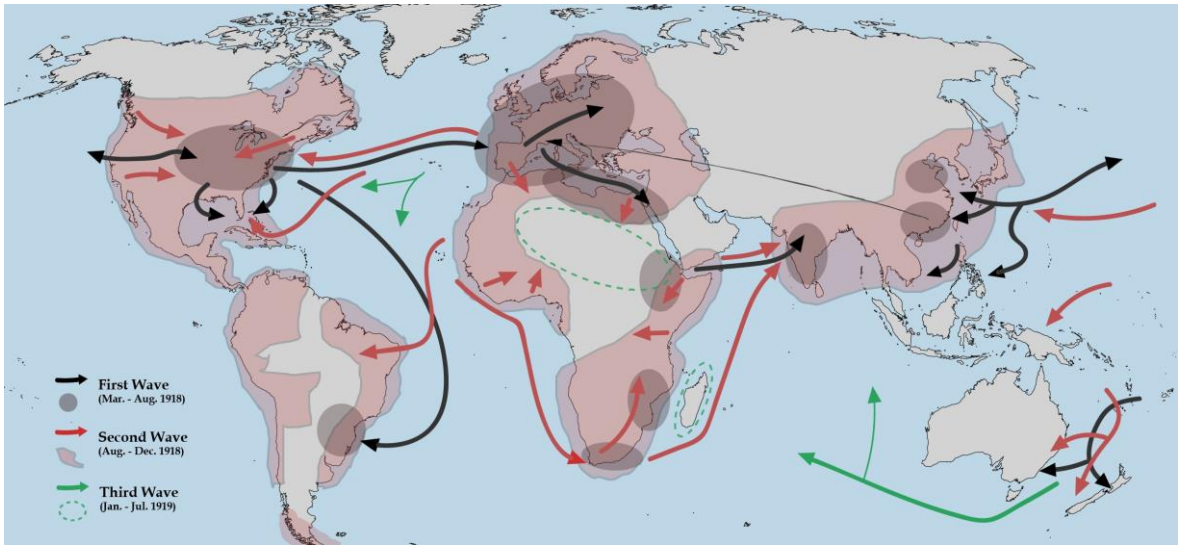

Рис 1.1 Карта поширення Іспанського грипу (1918–1920 рр. демонструє глобальне поширення пандемії Іспанського грипу, включаючи основні маршрути розповсюдження вірусу, чорні стрілочки –перша хвиля, червоні-друга, зелені-третя)

Джерело: https://africacenter.org/spotlight/lessons-1918-1919-spanish-flu-africa/

Пандемія «іспанського» грипу збіглася в часі із завершенням Першої світової війни, посиливши й без того катастрофічні наслідки глобального

конфлікту. Демографічні втрати виявилися безпрецедентними: за різними оцінками, кількість загиблих у світі коливається від 20–25 до 50–100 мільйонів осіб, причому найчастіше наводиться число близько 50 мільйонів жертв. Навіть найобережніші підрахунки — понад 17–21 мільйон смертей — значно перевищують людські втрати безпосередньо у війні, які становили приблизно 10–11 мільйонів загиблих по всьому світу.

У Європі, яка й без того зазнала глибокої соціальної й економічної руйнації, епідемія спалахнула з особливою силою. Лише в 14 західноєвропейських країнах, на частку яких припадало близько 75% населення континенту, у 1918–1919 роках зафіксовано приблизно 2,6 мільйона випадків надлишкової смертності — тобто близько 1,1% усього населення. Найбільших втрат зазнали густонаселені та виснажені війною регіони, де рівень смертності сягав 2–4% від загальної кількості мешканців.

Голод і злидні, викликані війною, лише поглиблювали вразливість населення до інфекцій, що сприяло виникненню комбінованих спалахів «іспанки» разом з іншими небезпечними захворюваннями — такими як тиф і туберкульоз.

Попри свою руйнівну силу, епідемія довгий час залишалася в тіні подій війни. Учасники конфлікту свідомо занижували масштаби захворювання через військову цензуру, побоюючись підірвати моральний дух населення й армії. Єдина країна, що не приховувала масштаби трагедії, була нейтральна Іспанія — звідси й пішла назва «іспанський» грип, хоча сам вірус, найімовірніше, виник у США або Азії.

Особливо нищівним грип виявився для молодих дорослих — саме тієї вікової групи, що складала основу воюючих армій. Відомо, що епідемія серйозно вдарила по боєздатності німецького війська на Західному фронті, ослабивши останній наступ кайзерівської армії у 1918 році. Саме тоді, за свідченням німецького генерала Еріха фон Людендорфа, грип «вивів з ладу більше солдатів, ніж кулі противника».

Таким чином, пандемія «іспанки» не лише стала найбільшою медичною катастрофою XX століття, але й істотно вплинула на перебіг історичних подій, зокрема завершення Першої світової війни та падіння Німецької імперії [28].

Економічні та соціальні наслідки пандемії «іспанського» грипу були не менш руйнівними, ніж демографічні. Надзвичайно високий рівень смертності серед працездатного населення різко скоротив людські ресурси, необхідні для післявоєнної відбудови економіки. Пандемія вразила саме ті верстви населення, які забезпечували виробничі процеси, транспорт, медичне обслуговування та адміністративне управління. Масові захворювання серед медиків, робітників і селян призвели до серйозних перебоїв у функціонуванні промисловості та аграрного сектору, що ще більше загострило наслідки війни.

Поховання мільйонів померлих лягло важким тягарем на місцеві бюджети, а санітарні служби не справлялися з навантаженням. Багато країн не змогли швидко відновити свої довоєнні ринки збуту та економічні зв’язки, що призвело до тривалого економічного спаду. Уряди водночас боролися із наслідками воєнних дестабілізацій і новою хвилею епідемічної загрози. В Іспанії та Італії, приміром, відбулися масові заворушення, в яких переплелися соціальне незадоволення й реакція на погані санітарні умови.

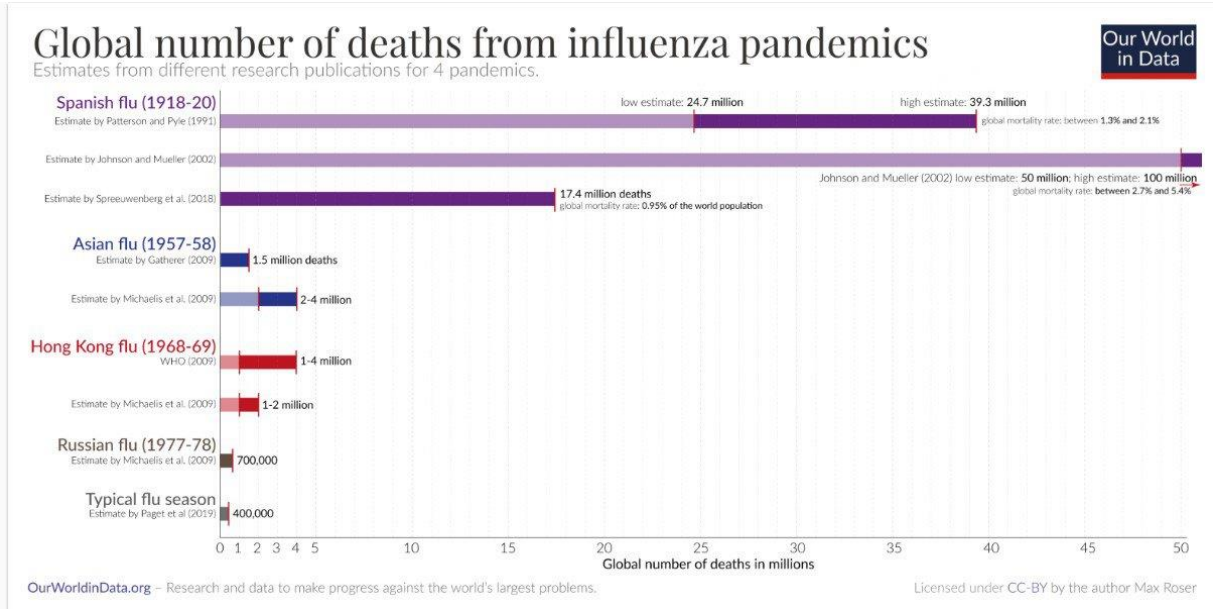

Рис 1.2 Рівень смертності внаслідок Іспанського грипу та ще кількох пандемій (Верхні три рядки – оцінка жертв іспанського грипу в різних дослідженнях, нижній рядок – типова щорічна смертність від грипу)
Джерело: https://texty.org.ua/fragments/100611/ispanka-yak-vplynula-na-svit-najbilsha-pandemiya-v-novitnij-istoriyi-infografika/

У суспільстві зросли вимоги до модернізації систем охорони здоров'я та посилення соціального захисту. Дефіцит робочої сили став каталізатором зростання впливу профспілок, а також змусив уряди задуматися над довгостроковими програмами підтримки громадського здоров'я. Пандемія 1918–1920 років стала не лише глобальною катастрофою свого часу, а й потужним імпульсом до соціально-економічних реформ, що мали вплив на десятиліття вперед [56].

У відповідь на пандемію 1918–1919 років уряди різних країн вдавалися переважно до нетрадиційних заходів громадської охорони здоров'я. Через відсутність вакцин або ефективних ліків боротьба з «іспанкою» зводилася до карантинних обмежень і соціального дистанціювання. Основні зусилля були спрямовані на запобігання масовому скупченню людей: закривалися школи, театри, церкви, ринки та інші громадські заклади, заборонялися мітинги, релігійні обряди та навіть похорони з великою кількістю присутніх.

Осіб із симптомами інфекції ізолювали — примусово або добровільно — вдома чи в спеціальних обсерваційних установах.

У США, наприклад, місцеві адміністрації восени 1918 року обмежили рух громадського транспорту, зменшили робочі години підприємств і запровадили обов'язкове носіння марлевих масок у громадських місцях. Однак у ряді міст карантинні заходи послаблювалися під тиском бізнесових кіл, що вимагали відновлення економічної активності. Частина населення відкрито протестувала проти обмежень, влаштовуючи мітинги та кампанії непокори.

Як показав досвід, громади, які діяли рішуче й оперативно — зокрема Сан-Франциско, що швидко запровадив масковий режим і карантин — змогли значно знизити рівень смертності. Натомість у містах, де реагували із запізненням або припинили обмеження зарано (як-от Філадельфія), рівень смертності був драматично вищим. Таким чином, пандемія стала не лише випробуванням для системи охорони здоров'я, а й уроком управлінської рішучості в умовах глобальної кризи [75].

У ширшому суспільному масштабі реакція на пандемію була неоднозначною. Перші хвилі грипу навесні 1918 року багато хто сприймав як звичайну сезонну хворобу, і тому влада намагалася уникати паніки. В країнах, що брали участь у Першій світовій війні, активно застосовувалася цензура: згадки про епідемію могли підірвати бойовий дух армії та тилу. Саме тому грип отримав назву «іспанка» — в нейтральній Іспанії преса відкрито повідомляла про масове захворювання королівського двору та населення, тоді як інші держави мовчали про спалахи інфекції у себе.

Тільки після другої, смертельної хвилі восени 1918 року, коли почали фіксувати сотні тисяч загиблих, загроза почала сприйматися всерйоз. Громадськість у багатьох країнах, попри обмежений доступ до правдивої інформації, демонструвала відповідальність: друкувалися пам'ятки про гігієну, з'являлися публічні заклики до носіння захисних масок, які нерідко розглядалися як ознака солідарності. У низці міст організовували

виготовлення марлевих пов’язок, а газети позиціонували їхнє використання як прояв патріотизму та турботи про ближнього.

Однак поряд з цим існували й протестні настрої. Частина населення сприймала карантинні заходи як порушення особистих свобод. У США, наприклад, виникли так звані «анти-маскові ліги», учасники яких публічно ігнорували вимоги щодо носіння масок. Відомі випадки штрафів, судових переслідувань та навіть арештів за порушення карантинних приписів. Соціальна втома, недовіра до влади й брак чітких наукових знань сприяли поширенню чуток, конспірології та стигматизації хворих.

Разом із тим, пандемія викликала безпрецедентну мобілізацію громадських і медичних структур. Санітарні пости, добровольчі формування, благодійні товариства (зокрема місцеві відділення Червоного Хреста) розгортали тимчасові шпиталі, забезпечували догляд за хворими та проводили інформаційні кампанії. Проте навіть ці зусилля не змогли стримати стрімке поширення інфекції, й в багатьох регіонах ситуація швидко виходила з-під контролю. Пандемія продемонструвала не лише вразливість медичної інфраструктури, а й важливість соціальної єдності та довіри між громадянами та державою [71, с. 52].

Під час пандемії грипу 1918–1919 років, відомої як «іспанка», уряди багатьох країн запроваджували протиепідемічні заходи, які сьогодні можна було б назвати локдаунами. Хоча цей термін тоді ще не використовувався, суть обмежень була схожою: масове закриття громадських установ, обмеження роботи транспорту та підприємств, заборона скупчень людей, ізоляція хворих і обов’язкове носіння захисних масок.

Рис 1.3 Волонтери Червоного Хреста - Бостон, Массачусетс, 1918 рік Джерело: https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/historical-images.htm

Особливо активними у впровадженні таких заходів були місцеві адміністрації в США. У містах Сент-Луїс, Сан-Франциско, Сіетл та Денвер влада швидко реагувала на спалахи захворювання, закриваючи школи, кінотеатри, церкви, бари та інші громадські місця. Крім того, були введені обмеження на роботу транспорту та зміни в режимі праці підприємств для зменшення контактів серед працівників.

Ефективність цих заходів залежала від своєчасності та рішучості дій. Як показують дослідження, міста, що швидко впровадили обмеження, мали значно нижчий рівень смертності. Наприклад, у Сент-Луїсі смертність була удвічі меншою, ніж у Філадельфії, де влада спочатку проігнорувала загрозу й дозволила проведення масового військового параду, що призвело до різкого спалаху хвороби.

Водночас частина населення виступала проти локдаунів, розглядаючи їх як надмірне втручання в особисте життя. У Сан-Франциско навіть

утворилась «Анти-маскова ліга», яка протестувала проти обов'язкового носіння захисних пов'язок.

Попри нерівномірність запровадження локдаунів у різних містах, ці заходи стали одним з основних інструментів боротьби з пандемією у відсутності вакцин і специфічного лікування. Пандемія 1918 року показала, що швидкі карантинні дії можуть ефективно зменшити масштаб катастрофи, навіть за умов обмеженого медичного ресурсу [67].

Суспільство також реагувало по-різному. У деяких регіонах спостерігалося дотримання рекомендацій влади, в інших — недовіра та ігнорування заходів безпеки. В Україні, зокрема в Сумському повіті, місцева влада намагалася боротися з поширенням хвороби, однак через обмежені ресурси та нестачу медичного персоналу ці зусилля були недостатніми [30].

1.2 Поліомієліт (1950-ті – 1960-ті рр)

У середині XX століття поліомієліт став однією з найбільш небезпечних епідемічних інфекцій у світі, особливо в США та країнах Західної Європи. У США перший значний спалах зафіксували ще у 1916 році — тоді було зареєстровано понад 27 тисяч випадків, із яких загинуло понад шість тисяч людей. Вражаюче те, що хвороба вражала переважно дітей, через що її почали називати «дитячим паралічем». Справжнього апогею поліомієліт досяг у 1952 році, коли було зареєстровано понад 57 тисяч інфікованих, із яких 3145 померли, а понад 21 тисяча осіб залишилися інвалідами. Така кількість уражень центральної нервової системи стала шоком для американського суспільства та викликала небачену хвилю страху серед населення [11].

Високий рівень інфікування серед дітей раннього віку, відсутність ефективних методів лікування та специфічної профілактики сприяли паніці, соціальній ізоляції та значному навантаженню на системи охорони здоров'я. Літо — традиційний сезон поширення поліовірусу — асоціювалося в

батьків із заборонами на басейни, дитячі майданчики та навіть школу. В деяких регіонах США вводили обмеження на публічні заходи, як це пізніше практикувалося під час пандемій іншого характеру. Соціальний вплив епідемій був настільки потужним, що поліомієліт увійшов у національну свідомість як символ невидимої, але руйнівної загрози.

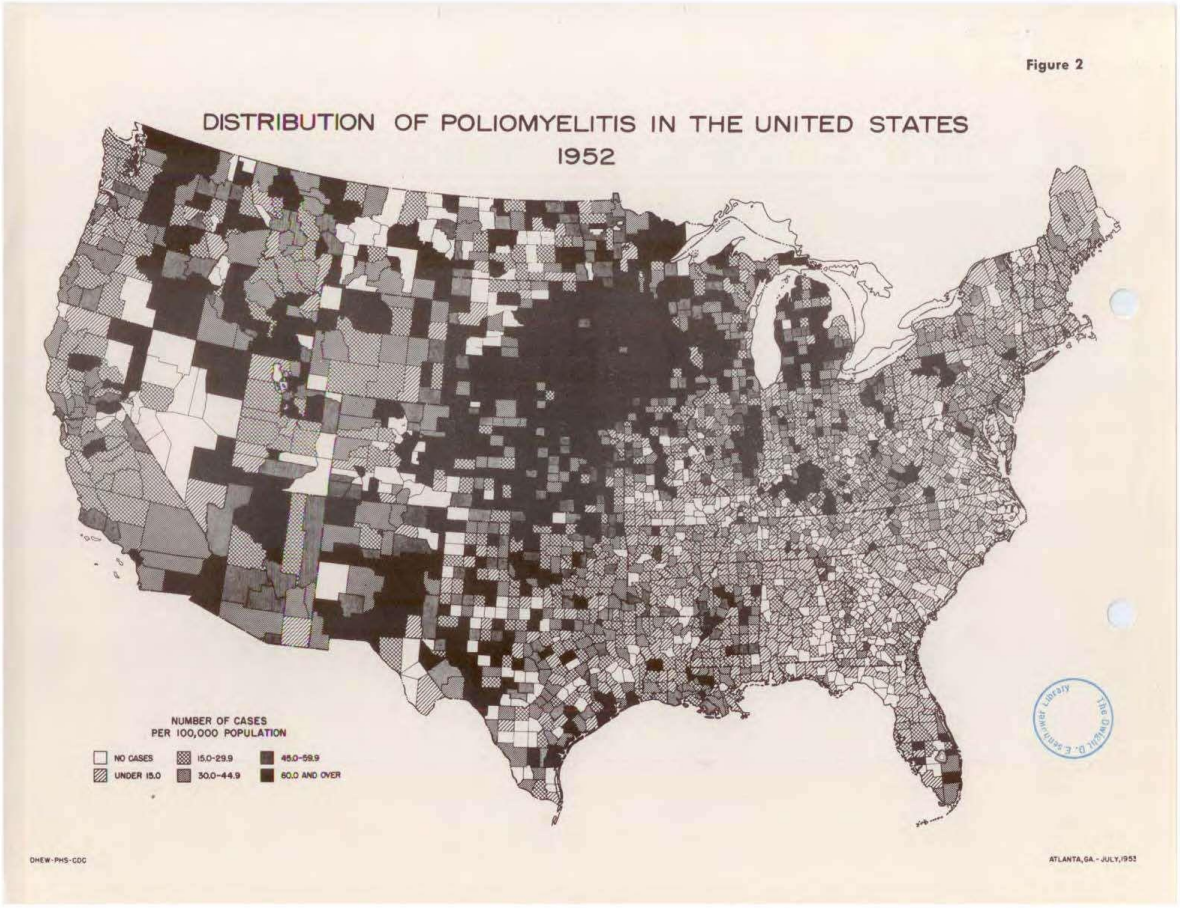

Рис 1.4 Розподіл випадків поліомієліту в США, 1952 рік

Джерело : https://www.docsteach.org/documents/document/distribution-of-polio-in-the-united-states-1952

До появи вакцини проти поліомієліту вірус паралізував і вбивав тисячі людей щороку. Тільки в 1952 році в Сполучених Штатах було зареєстровано приблизно 58 000 випадків поліомієліту, що призвело до приблизно 3000 смертей.

Рис 1.4 містить дані про поширення поліомієліту в Сполучених Штатах у 1952 році за кількістю випадків на 100 000.

У Європі ситуація мала подібний характер. Особливо постраждали країни Скандинавії, Італії, Франції та Великобританії. Високий рівень захворюваності в Данії у 1947 році призвів до рекордної кількості паралітичних ускладнень. Цей критичний момент став стимулом для розробки перших методик штучної вентиляції легень у реанімаційних умовах — саме тоді були вперше широко використані залізні легені (типу танків) та розроблена нова система інтенсивного догляду за паралізованими пацієнтами. Ці заходи стали основою розвитку анестезіології та реаніматології як клінічних дисциплін [27].

Крім медичних наслідків, епідемії поліомієліту стали поштовхом до масштабних досліджень у галузі вірусології та імунології. Саме масовий тиск суспільства науковці сприйняли як виклик, що згодом призвів до створення двох революційних вакцин — інактивованої вакцини Джонаса Солка (1955) та живої оральної вакцини Альберта Сейбіна (1961). Успіх вакцинації став однією з найважливіших перемог XX століття у боротьбі з інфекційними хворобами та започаткував епоху глобальних кампаній з імунізації.

В Україні поліомієліт також набув серйозного поширення у повоєнні роки, ставши однією з провідних інфекційних загроз дитячому населенню. За даними епідеміологічного моніторингу, у 1945–1955 роках в УРСР щороку реєстрували від 2 до 5 тисяч випадків поліомієліту, значна частина з яких супроводжувалася тяжкими ускладненнями, зокрема паралічами, парезами та тривалими формами реабілітації [29].

Особливо критичними були роки 1954–1956, коли рівень захворюваності зростав через загальне ослаблення імунного захисту населення. Цей процес був спричинений довготривалими наслідками Другої світової війни: погіршенням умов життя, нестачею повноцінного харчування, високим рівнем міграції, а також перевантаженням медичних установ. У містах із високою щільністю населення — Києві, Харкові, Дніпрі, Львові — фіксувалися особливо напружені ситуації, коли дитячі інфекційні

стаціонари працювали на межі можливостей. На тлі цієї ситуації навіть один випадок поліомієліту викликав масову паніку серед батьків.

Згідно з дослідженнями українських епідеміологів, перед початком масової вакцинації рівень паралітичного поліомієліту в Україні перевищував 10 випадків на 100 тисяч дитячого населення. Найбільший ризик зараження спостерігався серед дітей віком до п’яти років. При цьому реєструвалися й випадки захворювання серед підлітків і навіть дорослих, хоча вони траплялися значно рідше [17, с. 79].

Особливою проблемою залишалася низька обізнаність населення щодо механізмів передачі інфекції. Багато батьків не знали про фекально-оральний шлях інфікування, тому не приділяли належної уваги гігієні рук, дезінфекції іграшок або якості водопостачання. Як зазначено в роботі О.С. Чернишової, навіть попри зусилля санітарно-просвітницьких органів і кампаній із залученням засобів масової інформації, рівень побутових заражень залишався високим аж до початку планової імунопрофілактики у 1960-х роках [52, с. 27].

Запровадження масових щеплень, спочатку за допомогою інактивованої вакцини Солка, а пізніше — живої оральної вакцини Сейбіна, дозволило поступово скоротити рівень захворюваності. Вже у 1964 році в Україні почали фіксувати перші роки без паралітичних форм хвороби серед вакцинованих. Ці успіхи стали можливими завдяки централізованій системі охорони здоров’я, широкій мережі дитячих поліклінік і активній участі медичних працівників у роз’яснювальній роботі.

В Україні масова вакцинація проти поліо почалася у 1958 році і проводилася переважно оральною вакциною Себіна. Уже через кілька років захворюваність знизилася в десятки разів: якщо у 1955 році в Україні реєстрували близько 4000 випадків, то у 1965 році — менше 100 [18].

Надзвичайно важливим кроком стало проведення у 1962 році першої масової вакцинаційної кампанії в УРСР, коли за кілька місяців щепили понад 90% дітей віком до 5 років.

Завдяки комплексному підходу (поєднання вакцинації, санітарної освіти та епідемічного нагляду) до початку 1970-х років поліомієліт в Україні практично зник як масова проблема.

Слід відзначити також роль глобальних ініціатив, таких як Програма ВООЗ із ліквідації поліомієліту, до якої Україна офіційно приєдналася у 1990-х роках. З того часу всі випадки захворювання були поодинокими і здебільшого пов'язаними з "дикою" циркуляцією вірусу або вакцинними штамами.

Таким чином, успішне подолання поліомієліту в Україні та світі стало можливим завдяки вчасному впровадженню вакцинації, активній епідеміологічній настороженості та міждержавній співпраці у сфері охорони здоров’я.

У підсумку, боротьба з поліомієлітом в Україні не лише знизила захворюваність до поодиноких випадків, а й сприяла формуванню нової культури профілактики інфекційних хвороб у післявоєнному радянському суспільстві.

1.3 Азійський грип (1957) та Гонконзький грип (1968)

Азійський грип, викликаний вірусом H2N2, виник у 1957 році на території Китаю, звідки швидко поширився на інші частини світу. Пандемія розпочалася в перші місяці 1957 року, коли новий штам вірусу, який містив гени як пташиного, так і людського вірусів, викликав спалахи хвороби серед населення Азії. Офіційно перший випадок було зареєстровано в Китаї в лютому 1957 року. Вже до літа того ж року вірус вразив більшість країн світу, спричинивши більше 1 млн смертей по всьому світу [42, с. 187].

Високий рівень смертності і великі масштаби поширення грипу стали серйозним викликом для глобальної системи охорони здоров’я. Пандемія виявила численні проблеми в організації профілактики та лікування, а також у співпраці між державами у боротьбі з інфекціями. Важливою частиною

боротьби стала створена у 1957 році вакцина, яка дозволила стримати подальше поширення хвороби [8, с. 132].

Пандемія не лише забрала велику кількість життів, а й призвела до значних соціальних наслідків, зокрема, до змін у громадських здоров'яних програмах та безпеці. Різке зростання захворюваності на азіатський грип змусило уряди багатьох країн вводити карантинні заходи, обмеження на міжнародні перевезення та створювати спеціалізовані комісії для боротьби з інфекцією.

Гонконзький грип, викликаний вірусом H3N2, з'явився в 1968 році у Гонконзі. Його стрімке поширення по всьому світу стало причиною нової пандемії, що тривала до 1969 року. За оцінками, за цей період хвороба забрала понад 1 млн життів по всьому світу, хоча її наслідки були менш руйнівними порівняно з попередніми пандеміями. Водночас, відзначено більш швидке введення вакцини і кращу організацію боротьби з хворобою в багатьох країнах [41, с. 159].

Основними симптомами були висока температура, головний біль, біль у горлі та сухий кашель, що значно нагадувало звичайний грип. Проте, через високу швидкість поширення та можливість виникнення ускладнень, особливо серед літніх людей і дітей, вірус став серйозною загрозою для здоров’я населення. Як і в разі Азійського грипу, велику роль у зменшенні масштабу пандемії зіграло впровадження вакцинації, що дозволило значно знизити рівень смертності [26, с. 75].

Відповідно до даних ВООЗ, гонконзький грип мав менше соціальних наслідків порівняно з попередньою пандемією, однак виявив низку важливих проблем у глобальній охороні здоров'я. Зокрема, після гонконзького грипу значно змінився підхід до створення вакцин проти респіраторних інфекцій, і в кінці 1960-х років було розпочато розробку нових, більш ефективних вакцин проти сезонного грипу [46].

Таблиця 1.1

Статистика поширення та наслідки Азійського та Гонконзького грипів (1957-1968)

Змінні	Азійський грип (1957)	Гонконзький грип (1968)
Рік	1957	1968
Кількість заражених	1-2 мільярди осіб	500 мільйонів осіб
Кількість смертей	1-2 мільйони	1 мільйон
Країни, де відзначено перші випадки	Китай, Південний Схід Азії	Гонконг, Китай, країни Азії
Темп смертності	0.1-0.2%	0.2%
Особливості поширення	Швидке поширення в країнах Азії, далі на Європу, Північну Америку та Африку. Великі хвилі заражень в індустріальних країнах.	Поширення через авіасполучення в США, Європу, Австралію. Швидке розповсюдження в міських зонах, особливо серед молоді та літніх людей.
Темпи смертності серед груп ризику	Висока смертність серед осіб з ослабленим імунітетом, молодих та літніх людей.	Висока смертність серед літніх людей та осіб з хронічними захворюваннями.
Особливості захворюваності	Високий рівень захворюваності в країнах з високою щільністю населення та слабо розвинутою медичною інфраструктурою.	Велика кількість інфікованих у країнах з розвиненими системами охорони здоров'я, але знижена смертність завдяки вакцинації.

Джерело: Складено автором за даними Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) Annual Report. Женева: ВООЗ, 1969; Центри контролю та профілактики захворювань (CDC). Seasonal Influenza: Past Seasons Summaries. Атланта: CDC, 2018. ;Іванов, В. П. Епідемії грипу в Україні: історія та сучасність. Київ: Інститут епідеміології та інфекційних хвороб, 2015.)

Політичні реакції на пандемії Азійського і Гонконзького грипів значною мірою визначалися економічними та соціальними обставинами. У багатьох країнах влада вжила жорстких заходів обмеження руху людей, запровадження карантину, та мобілізацію ресурсів для закупівлі і розподілу вакцин. Особливо важливим було взаємодія з міжнародними організаціями, такими як ВООЗ, для координації дій на глобальному рівні. Відповідно до досліджень українських істориків, саме після цих пандемій відбулося значне посилення співпраці між країнами у сфері охорони здоров'я та визначення глобальних стандартів боротьби з інфекційними хворобами [16, с. 43].

Серед соціальних реакцій варто відзначити вплив паніки на поведінку людей, особливо в країнах, де спостерігалося високе число смертей. Багато хто звертався до лікування народними засобами, що часто ускладнювало боротьбу з хворобою. Також, значною проблемою було недостатнє інформування населення щодо шляхів поширення вірусу і заходів профілактики, що призвело до великих економічних збитків.

В Україні пандемії азіатського та гонконзького грипу викликали серйозні епідеміологічні виклики. Особливо важливою була боротьба з гонконзьким грипом, що поширювався в Україні в кінці 1968 року. Протягом зими 1968–1969 років кількість випадків захворювання перевищила 15 тис., зокрема серед дітей та літніх людей. В результаті уряд України, разом з Міністерством охорони здоров'я СРСР, провів масову

кампанію з вакцинації та розподілу медичних засобів [33, с. 91]. Завдяки цьому вдалось обмежити розвиток пандемії.

Найбільший ефект на ситуацію в Україні мала кампанія вакцинації, яка дозволила значно знизити рівень захворюваності серед населення. Так, згідно з результатами епідеміологічних досліджень, після введення вакцини рівень смертності знизився майже на 50% [40].

1.4 Пандемія ВІЛ/СНІДу (1980-ті – початок XXI століття)

Вірус імунодефіциту людини типу 1 (ВІЛ-1), що спричинив глобальну пандемію СНІДу, виник внаслідок міжвидової передачі вірусу імунодефіциту мавп (SIV) від шимпанзе до людини. Цей процес, ймовірно, відбувся внаслідок контакту з інфікованою кров'ю під час полювання або обробки м'яса диких тварин. Генетичні дослідження вказують, що ця передача сталася приблизно в 1920-х роках у районі Кіншаси (тоді Леопольдвіль) у сучасній Демократичній Республіці Конго. Тут, унаслідок урбанізації, розвитку транспортної інфраструктури та медичних практик, зокрема використання нестерильних голок, вірус отримав можливість поширюватися серед людського населення.

Перші офіційні повідомлення про нову хворобу, яку пізніше назвали синдромом набутого імунодефіциту (СНІД), з’явилися у червні 1981 року, коли Центр контролю та профілактики захворювань США (CDC) оприлюднив інформацію про п’ять випадків пневмоцистної пневмонії серед молодих гомосексуальних чоловіків у Лос-Анджелесі. Протягом наступних місяців подібні випадки виявляли в інших американських містах, а хвороба швидко привернула увагу наукової спільноти та громадськості.

У Великій Британії перший підтверджений випадок СНІДу був зафіксований у Лондоні наприкінці 1981 року. Пацієнт лікувався в лікарні Святого Стефана, де, за спогадами лікарів, вже тоді спостерігали дивні пневмонії та інфекції, які не піддавалися стандартному лікуванню. Подібні

випадки незабаром почали з’являтися і у Франції; зокрема, у лікарні Пітіє-Сальпетрієр у Парижі в 1981 році було задокументовано пацієнта з тяжким імунодефіцитом, що, як згодом з’ясувалося, був одним з перших випадків СНІДу в Європі. У Канаді перший випадок було задокументовано в Монреалі у 1981 році. У лікарні Royal Victoria пацієнт помер від пневмоцистної пневмонії, але тільки згодом випадок був ідентифікований як СНІД. Подібні епізоди незрозумілих захворювань фіксувалися в Австралії, зокрема у клініці в Сіднеї, де пацієнти з нетиповими інфекціями почали з’являтися наприкінці 1981 року. Перший рік пандемії ВІЛ/СНІД став часом невизначеності, наукових пошуків і соціальних викликів, що кардинально змінили глобальну систему охорони здоров’я.

У 1983 році група французьких вірусологів під керівництвом Л. Монтаньє в Інституті Пастера вперше виділила збудника — ретровірус, який отримав назву ВІЛ (вірус імунодефіциту людини). У 1985 році з’явився перший серологічний тест на антитіла до ВІЛ, що дало змогу розпочати масове тестування донорів крові та окремих груп ризику. Через два роки, у 1987-му, у США було схвалено зидовудин (AZT) — перший антиретровірусний препарат для лікування ВІЛ-інфекції. У кінці 1980-х років світова спільнота активно включилася в боротьбу з хворобою: був започаткований Всесвітній день боротьби зі СНІДом (1 грудня), а також створено символ боротьби — червону стрічку, яка й донині є ознакою підтримки людей, що живуть з ВІЛ. У 1996 році впроваджено комбіновану антиретровірусну терапію (АРТ), яка суттєво змінила хід епідемії: у країнах із високим рівнем доступу до лікування смертність почала знижуватися. Однак, за даними ЮНЕЙДС (UNAIDS), до початку XXI століття на планеті налічувалося понад 36 млн ВІЛ-інфікованих, а пандемія особливо гостро торкнулася країн Африки південніше від Сахари, де рівень охоплення АРТ тривалий час залишався низьким.

В Україні перший офіційно зареєстрований випадок ВІЛ-інфекції зафіксовано у 1987 році в Києві Інститут епідеміології та інфекційних

хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН Україн [55]. Упродовж перших років кількість випадків залишалася порівняно незначною: до 1991 року — лише кілька десятків. Водночас уже в 1990 році в Україні створено першу мережу спеціалізованих центрів СНІДу, а в 1991 р. Верховна Рада ухвалила перший закон "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення", що став основою національної політики у сфері профілактики. Після розпаду СРСР та на тлі економічної кризи різко зросла поширеність ін'єкційного вживання наркотиків, що стало основним шляхом передачі ВІЛ у 1990-х роках. У 1995–1998 рр. в Україні вже щороку реєстрували понад тисячу нових випадків ВІЛ-інфекції, а в окремих регіонах (наприклад, Одещина, Донеччина, Миколаївщина) — десятки тисяч випадків загалом Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України [55]. За оцінками В.І. Задорожної, наприкінці 1990-х років поширення ВІЛ мало чіткі риси епідемії з тенденцією до генералізації, тобто виходу за межі груп ризику та проникнення у загальне населення [19]. Особливу тривогу викликали випадки вертикальної передачі ВІЛ від матері до дитини та зростання частки інфікованих жінок репродуктивного віку [51]. Згідно з даними ЮНЕЙДС та Центру громадського здоров'я МОЗ України, у 2001–2003 роках темпи зростання епідемії в Україні були одними з найвищих у Європі, що стимулювало розвиток державних програм профілактики, розширення тестування, доступу до АРТ і зниження дискримінації. Таким чином, ВІЛ/СНІД із локального медичного феномену перетворився на соціально значуще явище, яке вплинуло на політику охорони здоров'я, права людини, сексуальну освіту та міжсекторальну взаємодію держави і громадського суспільства в Україні.

Наприкінці 1980-х — на початку 1990-х років у світі відбувся стрімкий прорив у сфері вивчення ВІЛ/СНІДу, зокрема щодо методів діагностики, лікування та профілактики. У 1987 році був схвалений перший антиретровірусний препарат — зидовудин (AZT), який став початком нової

ери у терапії хвороби. Хоча цей препарат мав значні побічні ефекти і обмежену ефективність, саме з нього розпочалося формування бази для антиретровірусного лікування (АРТ). Упродовж 1990-х років з'явилися нові класи ліків, зокрема інгібітори зворотної транскриптази ненуклеозидного типу та інгібітори протеази, які дали змогу комбінувати препарати для підвищення ефективності терапії. У середині 1990-х років було запроваджено високоефективну антиретровірусну терапію (HAART), що передбачала одночасне використання щонайменше трьох препаратів і дозволила значно зменшити вірусне навантаження, покращити якість і тривалість життя пацієнтів, а також суттєво знизити рівень смертності від СНІДу у високорозвинених країнах [63].

На початку 2010-х років з'явилися сучасні комбінації препаратів, які забезпечували потужніший і більш стабільний контроль над реплікацією вірусу, зокрема схеми з одним прийомом на добу. Глобальна ініціатива UNAIDS «90–90–90», що стартувала у 2014 році, встановила цілі для подолання епідемії: 90% людей з ВІЛ мають знати про свій статус, 90% із них мають отримувати лікування, а 90% із тих, хто лікується, повинні досягти невизначуваного вірусного навантаження.

У той час як ефективна вакцина від ВІЛ досі не створена, з початку XXI століття активно ведуться дослідження у галузі вакцинології, імунопрофілактики та генної терапії. Було розроблено кілька вакцин-кандидатів, а також вивчаються можливості використання моноклональних антитіл та редагування геному для потенційного лікування або профілактики інфікування.

В Україні антиретровірусна терапія почала застосовуватися пізніше, проте з початку 2000-х років завдяки міжнародній підтримці та державним програмам відбулося поступове розширення доступу до лікування. Вже у 2004 році Україна приєдналася до глобальних стратегій Всесвітньої організації охорони здоров'я та UNAIDS, а з 2010-х років розпочалося масове впровадження сучасних схем АРТ, що значно покращило

епідеміологічну ситуацію [43, с. 7]. За словами українських фахівців, зокрема В.І. Задорожної та І.В. Носенка, саме доступ до безперервного лікування став ключовим чинником стабілізації показників захворюваності й смертності в Україні, попри складні соціально-економічні умови [20, с. 45].

Поява ВІЛ/СНІДу як глобальної епідемії на зламі 1980–1990-х років стала викликом не лише для медичної науки, а й для національних і міжнародних політичних інституцій. У відповідь на стрімке поширення хвороби уряди багатьох країн почали розробляти комплексні державні стратегії, спрямовані на протидію епідемії, захист прав інфікованих та подолання соціальних наслідків. Особливо важливим етапом стало проведення у 2001 році Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН, присвяченої проблемам ВІЛ/СНІДу, на якій була прийнята історична «Декларація про зобов'язання у сфері ВІЛ/СНІДу» (Declaration of Commitment on HIV/AIDS). У цьому документі міжнародна спільнота визнала ВІЛ/СНІД не лише загрозою здоров'ю, а й серйозною перешкодою для соціального й економічного розвитку, що вимагає політичної мобілізації, міжгалузевої взаємодії та участі громадянського суспільства [83].

В Україні ще до цього, у 1991 році, було прийнято перший спеціалізований нормативно-правовий акт у цій сфері — Закон України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», що заклав правові засади надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та визначив базові принципи недискримінації. У подальші роки цей закон неодноразово оновлювався з урахуванням змін міжнародних стандартів та зростаючої ролі прав людини у сфері охорони здоров'я — зокрема, істотні доповнення були внесені у 1998, 2004 та 2014 роках. Уже з початку 1990-х в Україні, як і в інших пострадянських державах, почали діяти міжвідомчі координаційні комісії, що формували перші державні програми реагування на епідемію. Одночасно на рівні виконавчої влади запроваджувалися

елементи епідеміологічного моніторингу, діагностики та інформування населення.

На межі 2000-х років державна політика України в галузі протидії ВІЛ/СНІДу все більше орієнтувалася на інтеграцію в міжнародні механізми. Зокрема, Україна стала учасницею програм Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Всесвітньої організації охорони здоров'я, ЮНІСЕФ, ОБСЄ та низки інших міжнародних структур. У 2000-х роках Україна двічі входила до складу Координаційної ради ЮНЕЙДС, що засвідчувало зростаюче визнання її ролі у регіональній відповіді на епідемію [82].

Важливим наслідком глобальної епідемії стало також формування правових стандартів у сфері захисту ВІЛ-позитивних осіб. На міжнародному рівні, відповідно до рекомендацій ЮНЕЙДС, було визначено базові принципи захисту конфіденційності, добровільності тестування та запобігання дискримінації. Ці принципи згодом були імплементовані в національні законодавства більшості держав світу, включаючи Україну. Так, поступово запроваджувалися заборони на дискримінацію при працевлаштуванні, у сфері освіти, охорони здоров'я та наданні соціальних послуг. Попри це, у 1980–1990-х роках у ряді країн існували контраверсійні підходи, зокрема запровадження обмежень на в'їзд ВІЛ-інфікованих осіб, що стало предметом міжнародної критики як несумісне з правами людини. Поширення цих стандартів і засад правового регулювання сприяло переходу ВІЛ/СНІДу з виключно медичної проблеми у площину соціально-політичних та правозахисних викликів.

Соціальні наслідки пандемії ВІЛ/СНІДу мали надзвичайно глибокий і далекосяжний вплив на суспільства по всьому світу. Від початку епідемії ВІЛ асоціювався з певними маргінальними соціальними групами, що створило серйозні проблеми на рівні соціальної адаптації інфікованих осіб та розповсюдження упереджень у суспільстві. Спочатку цей вірус був пов'язаний з гомосексуальними чоловіками, а згодом із іншими групами

високого ризику, такими як ін’єкційні наркозалежні, працівники секс-індустрії, мігранти та інші уразливі категорії населення. Це спричинило виникнення потужної соціальної стигми, внаслідок якої ВІЛ-позитивні особи часто ставали об'єктами осуду, їх уникали в соціальних контактах, відмовляли в медичній допомозі, а також у працевлаштуванні. Як результат, чимало інфікованих осіб були змушені приховувати свій статус, що ускладнювало ефективну боротьбу з епідемією. Згідно з дослідженням Олександра Жовтана, соціальна стигма щодо ВІЛ-інфікованих є важливим чинником, що обмежує ефективність профілактичних програм у пострадянських країнах [15].

Українське суспільство не стало винятком у цьому процесі. На початку 2000-х років Президент України Віктор Ющенко наголошував на необхідності проявляти толерантність та солідарність з ВІЛ-інфікованими людьми. Однак у той час, як з боку державних органів було оголошено про важливість створення умов для підтримки інфікованих, багато представників громадськості все ще сприймали СНІД як хворобу, яка є «покаранням» за аморальну поведінку. Враховуючи ці соціальні стереотипи, на етапі боротьби з епідемією було необхідно не лише впроваджувати медичні стратегії, але й активно працювати над зміненням громадської свідомості. Як зазначає Валерій М. Ковальчук, для подолання стигми важливо розробити не тільки медичні, а й соціально-культурні стратегії [24].

Особливо болісно епідемія вдарила по найбільш уразливих соціальних групах. У країнах пострадянського простору, зокрема в Україні, найбільш високі темпи поширення ВІЛ спостерігалися серед ін’єкційних наркозалежних. За оцінками, до кінця 1990-х років понад 80% нових випадків інфікування припадало саме на споживачів ін’єкційних наркотиків. Це мало за собою перенесення епідемії у ці соціальні групи, що в свою чергу посилило негативне сприйняття наркозалежних у суспільстві. Проблема поширення ВІЛ через ін'єкційне вживання наркотиків стає не

лише медичною, але й соціальною, оскільки її вирішення потребує не тільки доступу до медичних послуг, а й ефективної роботи з упередженням та зменшенням соціальної стигми навколо наркотичної залежності. Як зазначають дослідники Олена Коваленко та Ірина Стеценко, для боротьби з поширенням ВІЛ серед цієї групи важливо не лише забезпечити доступ до лікування, але й активізувати просвітницьку роботу серед споживачів наркотиків [23].

Сексуальним шляхом вірус вражав також працівників секс-індустрії і чоловіків, що мають секс з чоловіками. Однак відкрите обговорення цих питань було обмежене через соціальні табу та моральні норми, що часто ускладнювало ефективну профілактику та поширення інформації серед уразливих груп населення. Водночас, незважаючи на стигматизацію, ВІЛ-позитивні особи почали організовуватися в групи підтримки та рухи солідарності, які значною мірою сприяли розповсюдженню знань про захворювання і наданню медичної допомоги. У багатьох країнах світу, включаючи Україну, з’являлися Асоціації ВІЛ-інфікованих, волонтерські проекти, що дозволяли людям, які живуть з ВІЛ, отримувати необхідну підтримку та допомогу. Як зазначає Юрій Бойко, такі організації відіграють ключову роль у підтримці інфікованих, оскільки вони допомагають боротися з соціальною ізоляцією та стигмою [2].

Особливо болісним наслідком пандемії став високий рівень інфікування серед дітей. Багато дітей стали жертвами вертикальної передачі вірусу від матерів, особливо на ранніх етапах епідемії, коли діагностика була низькою, а обізнаність серед вагітних жінок — обмеженою. Кількість інфікованих дітей зростала протягом 1990-х років і досягла кількох сотень випадків на рік: наприклад, число дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, збільшилося з 9 випадків у 1995 році до 378 у 1998 році. Крім того, велика кількість дітей залишалася сиротами внаслідок смерті батьків від СНІДу або через соціальну ізоляцію, яку зазнавали родини з ВІЛ-позитивними членами. Це вимагало від державних органів значних зусиль у створенні

спеціалізованих програм профілактики вертикальної передачі ВІЛ та розвитку центрів для надання медичних послуг дітям, що зазнали впливу епідемії. За словами Наталії Тарасевич, важливим кроком у вирішенні цієї проблеми стало впровадження державних програм для профілактики вертикальної передачі ВІЛ [32].

Не менш важливим стало зміщення моральних і культурних уявлень про статеву поведінку, наркотичну залежність і цінність людського життя. На тлі пандемії почали розвиватися інтенсивні кампанії сексуальної освіти, пропаганди безпечного сексу та боротьби з наркозалежністю, які раніше вважалися табу в багатьох культурах. У результаті глобального поширення СНІДу з'явилися численні культурні твори, що відображають цей соціальний виклик: від п'єси «Ангели в Америці» до фільму «Філадельфія» і до українських документальних фільмів. Творчість стала важливим інструментом соціальної адаптації та формування нових поглядів на СНІД, а також на гуманітарні аспекти боротьби з цією хворобою. Суспільства почали більш серйозно ставитися до проблеми відповідальності перед хворими, зокрема в питаннях лікування та соціальної інтеграції осіб з ВІЛ. Як зазначає Оксана Левченко, культурні ініціативи стали важливим елементом боротьби зі стигмою і для формування більш відкритого та гуманного ставлення до ВІЛ-позитивних.

У той же час, у різних країнах світу страх перед ВІЛ та СНІДом сприяв підвищенню консервативних настроїв. Деякі уряди, зокрема в країнах з жорсткими моральними нормами, пропагували утримання від сексуальних контактів або навіть суворі покарання за передачу ВІЛ, що викликало серйозну критику з боку міжнародної спільноти. Проте рухи підтримки, зокрема міжнародні кампанії із символом червоної стрічки, сприяли поширенню ідеї поваги до прав ВІЛ-позитивних осіб і підвищенню рівня соціальної відповідальності в усіх куточках світу.

Підсумовуючи, пандемія ВІЛ/СНІДу мала руйнівний соціальний вплив, спричинивши посилення соціальної стигми, дискримінації та недовіри.

Водночас вона породила рухи солідарності та сприяла змінам у моральних нормах, що призвели до більш відкритого й гуманного підходу до людей, які живуть з ВІЛ. Українське суспільство, як і більшість інших, поступово навчилося співіснувати з цим викликом, поєднуючи профілактичні заходи з повагою до прав інфікованих осіб.

Висновки до розділу

У XX столітті людство пережило низку глобальних пандемій, що радикально вплинули на розвиток суспільств і системи охорони здоров'я. Пандемія іспанського грипу 1918–1919 років, яка забрала мільйони життів, стала першим масовим досвідом боротьби з пандемією: вона підкреслила необхідність міжнародної координації, наукових досліджень і гігієнічних реформ, а також сприяла створенню перших міжнародних організацій охорони здоров'я. Після Другої світової війни поширився поліомієліт — дитяча хвороба, яка викликала глобальну тривогу. Масове впровадження вакцин (реакція на роботи Салка й Сабіна) призвело до стримання епідемій поліомієліту і стало прикладом ефективної міжнародної вакцинації. Поліо також мобілізувало громадськість (фонди, рухи), що в подальшому зміцнило зв'язок науки та суспільного сектора у глобальному масштабі. У 1957 році в Китаї почався азійський грип, а у 1968 році — гонконзький грип. Ці нові штами швидко поширились світом завдяки розвитку авіаперельотів і нагадали про ризик «глобальних вірусів». Боротися з ними допомогли оперативні заходи (карантин, вакцинація) та злагоджені дії урядів і Всесвітньої організації охорони здоров'я. Наприкінці XX століття світ зіткнувся з пандемією ВІЛ/СНІДу — хвороби, яка змінила соціальні стереотипи і підкреслила нерівність між регіонами. Широке поширення ВІЛ/СНІДу, особливо в країнах Африки, спонукало міжнародну спільноту до створення спеціальних програм (наприклад, Програми ООН з ВІЛ/СНІДу) і активізації наукових досліджень антиретровірусних препаратів. Загалом аналіз цих пандемій показує, що історичні події XX століття змушували світ розвивати глобальні механізми охорони здоров'я: епідемії призводили не лише до медичних інновацій і створення міжнародних організацій, а й до зростання громадянської свідомості та готовності до спільних дій. Висновки цього аналізу демонструють, як пандемії XX століття сприяли зміцненню наукових досліджень і

міжнародної співпраці задля безпеки людства. Ці історичні уроки залишаються актуальними і сприяють формуванню сучасних стратегій у протистоянні інфекційним загрозам.

РОЗДІЛ 2.
ВПЛИВ ПАНДЕМІЙ НА СУСПІЛЬСТВО ТА ПОЛІТИКУ

2.1 Державна політика під час епідемій

Епідемії інфекційних захворювань завжди становили серйозну загрозу для суспільств, що обумовлювало необхідність активного втручання держави в управління кризовими ситуаціями. Державна політика в умовах епідемій охоплює широкий спектр заходів, спрямованих на запобігання поширенню захворювань, мінімізацію людських і економічних втрат, а також забезпечення стійкості системи охорони здоров'я. Серед ключових напрямів державної політики під час епідемій виділяються карантинні заходи та розробка і впровадження спеціальних програм охорони здоров’я.

Одним із найдавніших і водночас найефективніших інструментів боротьби з поширенням інфекційних хвороб є карантин. Ще в середньовіччі, зокрема під час пандемій чуми, європейські міста застосовували примітивні, але дієві форми ізоляції – заборону на в'їзд та виїзд, утримання хворих у спеціальних приміщеннях, а також спалення заражених речей [53, с. 60]. І хоча з того часу світ радикально змінився, принципи карантину залишаються актуальними й сьогодні. В умовах глобалізованого світу, де швидкість пересування людей в рази вища, ніж кілька століть тому, масштаби та інструменти карантину зазнали значної еволюції.

Карантинні заходи в сучасному розумінні охоплюють низку стратегічних дій. Насамперед це ізоляція інфікованих осіб, що дозволяє обмежити контакти з іншими людьми. Важливу роль відіграє обмеження масових заходів, соціальних контактів, а також тимчасове закриття закладів освіти, культури й спорту. Держави впроваджують заборони на внутрішні та міжнародні подорожі, використовують електронні засоби моніторингу

для контролю за переміщенням громадян. Крім того, встановлюється масковий режим і принцип соціального дистанціювання, що стали звичними у повсякденному житті [31].

Ефективність карантинних заходів визначається кількома чинниками: оперативністю рішень, рівнем організації процесу, довірою суспільства до влади, а також здатністю державних інституцій забезпечити контроль і дотримання правил. Світовий досвід боротьби з пандемією COVID-19 засвідчив, що своєчасне й жорстке впровадження обмежень може суттєво знизити темпи розповсюдження хвороби, зменшити навантаження на медичну систему та виграти критично необхідний час для розробки вакцини [86].

Утім, навіть найбільш виправдані обмеження мають і зворотній бік. Жорсткі карантини викликають економічний спад, зростання безробіття, посилення соціальної напруги, а також провокують психологічні проблеми серед населення – від тривожності до депресивних станів. Саме тому у XXI столітті поширеною є практика адаптивного карантину, коли обмеження змінюються залежно від епідемічної ситуації в окремих регіонах або навіть громадах. Гнучкість та регіоналізація заходів дозволяють мінімізувати негативні наслідки при збереженні загального контролю над ситуацією [44, с. 81].

В Україні практика впровадження карантину особливо активно проявилася під час епідемії грипу H1N1 у 2009 році та в ході пандемії COVID-19. Український уряд вживав широкий спектр заходів: тимчасове закриття шкіл і вишів, переведення на дистанційне навчання, обмеження міжобласного сполучення, введення локдаунів, зонування регіонів за рівнем захворюваності тощо. Ці дії виявили як сильні, так і слабкі сторони національної системи реагування на епідемії, водночас підштовхнувши до реформ у сфері громадського здоров’я [25].

У другій половині XX століття європейські країни активно реформували системи охорони здоров’я під впливом демографічних змін, урбанізації,

технологічного прогресу та нових епідемічних викликів. Після завершення Другої світової війни європейські уряди усвідомили потребу в централізованій, доступній і ефективній медичній допомозі, що призвело до впровадження нових моделей охорони здоров'я та масштабних державних програм профілактики й боротьби з інфекційними хворобами [5].

Велика увага приділялася боротьбі з туберкульозом, поліомієлітом, вірусними гепатитами, а з 1980-х років — із ВІЛ/СНІДом. Одним із ключових напрямів стало масове розгортання програм імунопрофілактики, зокрема загальнонаціональних кампаній вакцинації, які охоплювали дітей і доросле населення. Наприклад, у Франції вже у 1950-х роках було запроваджено обов'язкову вакцинацію проти туберкульозу (BCG), а згодом — проти поліомієліту. Аналогічні заходи проводилися у Німеччині, Італії та Скандинавських країнах [88].

Крім того, розроблялися цільові державні програми з епідеміологічного моніторингу, які дозволяли виявляти та локалізувати спалахи інфекційних захворювань. З 1970-х років в багатьох країнах було запроваджено комп'ютеризовані системи епідемічного спостереження, які синхронізувалися з міжнародними базами даних (зокрема, у співпраці з ВООЗ).

Із появою нових вірусів у 1980-х роках, особливо ВІЛ, державні програми охорони здоров'я були змушені швидко адаптуватися. Наприклад, у Великій Британії ще в 1986 році було започатковано кампанії масової інформації, метою яких було інформування населення про шляхи передачі ВІЛ і профілактику. Водночас у Франції та Нідерландах значних результатів досягли завдяки інтеграції соціальних служб та медичної системи для підтримки людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом [61, с. 50].

На рівні Європейського регіону координуючу роль відігравав Європейський регіональний офіс ВООЗ, який забезпечував країни-учасниці настановами щодо боротьби з епідеміями, а також сприяв стандартизації підходів до профілактики та лікування. Результатом стало формування

загальноєвропейської стратегії реагування на інфекційні хвороби, яка охоплювала етапи виявлення, локалізації, інформування населення, та імунопрофілактики.

Таким чином, державна політика у сфері охорони здоров’я в Європі у другій половині XX століття еволюціонувала від фрагментарного підходу до системної, довгострокової діяльності, спрямованої на забезпечення епідемічної безпеки. Особливо важливим фактором у цьому процесі стало поєднання профілактичної медицини, наукових досліджень і соціальної мобілізації.

Аналіз державних програм охорони здоров'я в США в другій половині XX століття показує, як країна адаптувалася до численних епідемій і глобальних викликів у сфері охорони здоров’я. Після Другої світової війни в США було зосереджено увагу на розвитку системи охорони здоров'я, що включало не тільки лікування, але й профілактику інфекційних захворювань, створення ефективних медичних інститутів, а також масштабні наукові дослідження.

Методи впливу на суспільство під час епідемій були різноманітними і включали як правові обмеження, так і візуальні засоби інформування населення. На рис. 2.1 наведено приклад офіційної вивіски, яка використовувалася органами охорони здоров’я США (зокрема Whitehall Township Board of Health) для позначення осель, де перебували інфіковані особи. Такі вивіски містили попереджувальні написи, зокрема: “These Premises Are Under Quarantine” (“Це приміщення перебуває під карантином”), із зазначенням типу інфекційного захворювання. Розміщення подібних табличок мало на меті інформувати громаду, обмежити відвідування заражених будинків і запобігти подальшому поширенню інфекції. та вказували конкретне захворювання, наприклад, кір, паротит або коклюш. Такі знаки (Рис. 2.1) були розміщені на дверях чи вікнах будинків, щоб попередити інших про наявність інфекційного хворого всередині та обмежити доступ до приміщення.

Рис. 2.1 Карантинна вивіска з написом "These Premises Are Under Quarantine", яку застосовували органи громадського здоров'я у США для маркування будинків інфікованих осіб (перша половина XX ст.)

Джерело: https://www.etsy.com/listing/1746006621/antique-1940s-quarantine-medical-signs?utm_source=chatgpt.com

Серед основних епідемій, що мали значний вплив на політику охорони здоров'я США в другій половині XX століття, варто згадати епідемії поліомієліту, віспи, грипу, а також ВІЛ/СНІД. Особливої уваги заслуговує боротьба з поліомієлітом, що протягом 1940-1960-х років спричинила численні випадки захворювання. У результаті масової вакцинації з 1960-х років США змогли ліквідувати поліомієліт як ендемічну хворобу, що стало важливою перемогою на рівні глобальної охорони здоров'я. Програма вакцинації була підтримана федеральними та державними урядами і здійснювалася через співпрацю з приватними медичними установами.

У 1980-1990-х роках Америка зіткнулася з однією з найсерйозніших пандемій XX століття — епідемією ВІЛ/СНІД. Перші випадки СНІДу були

зареєстровані в 1981 році, і до середини 1980-х років епідемія набрала масштабів пандемії. США активно долучалися до розробки програм профілактики та лікування, а також створення ефективної науково-дослідної бази. Програма «Національна стратегія з ВІЛ» на рівні федеральних і місцевих органів включала освітні кампанії, доступ до лікування, зокрема антиретровірусної терапії, та підтримку постраждалих від хвороби. Її метою було донесення до широкої аудиторії основних шляхів передачі вірусу, методів профілактики та боротьби зі стигматизацією хворих. У рамках кампанії використовувалися афіші, брошури, телереклама та інші канали комунікації. Такі візуальні матеріали стали ключовим інструментом державної політики у сфері охорони здоров'я в боротьбі з ВІЛ у період, коли ефективне лікування ще не було доступним.

Рис. 2.2 Афіша урядової інформаційної кампанії США «America Responds to AIDS», 1987 рік.

Джерело: Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Одним із основних етапів вдосконалення системи охорони здоров'я стало створення програми Medicare в 1965 році, що дозволяло забезпечити медичну допомогу літнім громадянам та соціально вразливим групам населення, а також програми Medicaid для малозабезпечених сімей [66].

Загалом програми США з боротьби з епідеміями протягом XX століття довели свою ефективність завдяки поєднанню наукових розробок, державної підтримки та широкомасштабних кампаній у сфері вакцинації та інформування громадян.

Індія, з населенням понад 1,3 мільярда осіб, стала однією з найбільших арен для боротьби з інфекційними захворюваннями у XX столітті. Перші великі епідемії в країні пов’язані з епідемією холери, що поширювалась в Індії в середині століття, а також з спалахами грипу та малярії.

У 1950-х роках Індія зіткнулася з серйозними проблемами в боротьбі з малярією та туберкульозом, через великі проблеми з доступом до медичних послуг у сільській місцевості. У 1953 році уряд країни започаткував масову кампанію з боротьби з малярією, а в середині 60-х років була створена національна програма по боротьбі з туберкульозом, що включала вакцинацію та хіміотерапію для населення. Програма була успішною, хоча проблеми зі здоров'ям залишались через економічні труднощі країни. Сучасною проблемою, яка була спричинена значним впливом глобалізації, стало поширення ВІЛ/СНІДу в 1980-1990-ті роки. Індія на той час мала один з найбільших відсотків інфікованих в світі, зокрема через високий рівень ін'єкційних наркотиків і масові сексуальні практики. Проте, з 2000-х років Індія почала активно запроваджувати програми профілактики та лікування ВІЛ, використовуючи безкоштовну антиретровірусну терапію (АРТ) для громадян [85].

Таїланд є ще однією країною, яка зазнала серйозного впливу інфекційних захворювань у XX столітті, проте він продемонстрував ефективну боротьбу завдяки введенню обґрунтованих державних програм.

Особливістю Таїланду є його досвід у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу, яка почала поширюватися в країні на початку 1980-х років. Перші випадки ВІЛ були виявлені серед чоловіків, що практикують секс з чоловіками, а також серед наркозалежних. Пізніше ВІЛ поширився через сексуальну трансакцію, що була широко розповсюджена в Таїланді. На початку 1990-х років уряд та організації, що борються з ВІЛ/СНІДом, почали активно впроваджувати програми, спрямовані на зниження поширення інфекції. Однією з таких програм була 100% програма використання презервативів серед секс-працівників, що дозволила значно знизити кількість нових випадків зараження.

Крім цього, Таїланд був одним із перших в Азії, хто запровадив доступ до антиретровірусної терапії (АРТ), що зробило лікування доступним для більшої частини населення. Сьогодні Таїланд є прикладом для багатьох країн щодо ефективної боротьби з ВІЛ та СНІДом завдяки активному залученню уряду, громадських організацій та міжнародних партнерів [58].

Упродовж XX століття африканський континент залишався одним із найуразливіших до спалахів інфекційних хвороб через низький рівень розвитку медичної інфраструктури, політичну нестабільність і глибокі соціально-економічні проблеми. Серед найбільш серйозних епідемій, що вражали африканські країни, слід відзначити малярію, туберкульоз, холеру, а з кінця століття — ВІЛ/СНІД.

У другій половині XX століття почали формуватися перші національні програми охорони здоров’я, спрямовані на боротьбу з основними ендемічними захворюваннями. Наприклад, у Нігерії, Уганді та Кенії у 1960–1970-х роках уряди в координації з ВООЗ запровадили програми масової вакцинації проти поліомієліту, дифтерії та правця. Кампанії проводилися з використанням мобільних медичних бригад, що дозволило охопити навіть віддалені сільські регіони [89].

Особливої уваги потребує проблема ВІЛ/СНІДу, яка почала поширюватися у 1980-х роках. Наприклад, у Південній Африці, Замбії та

Ботсвані епідемія досягла катастрофічних масштабів у 1990-х роках. У відповідь на загрозу багато урядів, зокрема в ПАР, започаткували державні програми безкоштовного тестування на ВІЛ, антиретровірусної терапії (АРТ) та профілактичної освіти серед молоді. І хоча у деяких країнах (як-от у Зімбабве) заходи наштовхувались на опір з боку владних еліт або релігійних лідерів, загалом африканські країни поступово переходили до більш проактивної політики у сфері боротьби з епідеміями [81].

Ключову роль у розробці й реалізації цих програм відігравали міжнародні організації: ВООЗ, UNAIDS, UNICEF та Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, які забезпечували фінансування, експертну підтримку та контроль за виконанням.

Досвід країн Африки показав, що навіть у складних умовах за наявності політичної волі, підтримки міжнародних партнерів і ефективної комунікації з населенням можливо зменшити масштаб інфекційних загроз та зміцнити системи громадського здоров'я.

Під час епідемій надзвичайно важливою стає розробка та реалізація ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я. Уряди різних країн зобов'язані оперативно реагувати на виклики шляхом створення стратегічних програм, спрямованих на зміцнення медичної інфраструктури, забезпечення доступу населення до медичних послуг, а також попередження подальшого поширення захворювань.

Серед ключових напрямів таких державних програм варто виокремити: посилення спроможності медичної системи, зокрема шляхом розширення мережі лікарень, забезпечення лікарів належними умовами праці та підвищення їхньої кваліфікації; доступність діагностики та лікування для всіх верств населення; проведення масштабних кампаній з вакцинації; централізоване постачання медикаментів, засобів індивідуального захисту та сучасного медичного обладнання до медичних закладів; інформування громадськості про профілактичні заходи; підтримку наукових досліджень, зокрема в галузях вірусології, епідеміології та імунології.

У другій половині XX століття системи охорони здоров’я різних континентів зазнали суттєвих трансформацій, зокрема через впровадження силових нововведень — структурних змін, ініційованих державними органами з акцентом на централізацію, регуляцію та контроль. У Західній Європі класичним прикладом стала Національна служба здоров'я Великої Британії, створена у 1948 році, яка забезпечила універсальний доступ за рахунок державного фінансування [79]. Країни Східної Європи впровадили модель Семашка з повною централізацією та безкоштовними послугами. У Північній Америці Канада впровадила систему Medicare у 1960-х роках, що гарантувала універсальний доступ до медичної допомоги, тоді як США обмежилися програмами Medicare і Medicaid для окремих категорій населення, залишаючи домінуючою приватну медицину [77]. У Латинській Америці характерною стала тенденція до централізації та комерціалізації, особливо під час авторитарних режимів, як у Чилі після 1973 року.

В Азії Китай запровадив радикальну модель колективної медицини з сільськими кооперативними медичними службами, що забезпечували високий рівень охоплення населення до 1978 року, після чого розпочалися ринкові реформи. У Японії ще в 1961 році було встановлено обов’язкове медичне страхування для всіх громадян, що забезпечило рівномірний доступ та контроль над цінами [69]. На африканському континенті період після деколонізації позначився спробами створити централізовані системи за зразком колишніх метрополій, проте ключовими силовими нововведеннями стали масові кампанії з вакцинації та боротьби з інфекційними захворюваннями, ініційовані національними урядами спільно з ВООЗ.

В Австралії у 1984 році була впроваджена система Medicare, яка поєднала державне фінансування з обов’язковою участю громадян. Загалом держави на різних континентах демонстрували різні підходи до силових реформ: від радикальної централізації у соціалістичних країнах до м’якішого регулювання у ринкових економіках. Емпіричні дані свідчать, що

моделі з високим рівнем державного контролю забезпечували краще охоплення базовими медичними послугами, хоча це не завжди корелювало з високою ефективністю системи.

Окрему роль у системі протиепідемічних заходів відіграє державна комунікаційна політика. Регулярне надання суспільству достовірної, науково обґрунтованої інформації щодо епідеміологічної ситуації, статистики захворюваності, а також пояснення необхідності обмежень є критично важливим чинником підвищення довіри громадян до рішень влади. Така прозора комунікація сприяє формуванню відповідального ставлення до дотримання карантинних правил та протиепідемічних норм [9].

На міжнародному рівні прикладом ефективної реалізації державних програм стали Південна Корея, Нова Зеландія та Німеччина. У цих країнах акцент було зроблено на масове тестування, активне епідеміологічне розслідування кожного випадку захворювання, запровадження цифрових рішень для відстеження контактів, а також на широкомасштабні інформаційні кампанії, що охоплювали всі групи населення [61, с. 22].

В Україні, під час пандемії COVID-19, уряд також вживав цілеспрямованих заходів. Було розгорнуто програми з постачання кисневих станцій до опорних лікарень, налагоджено регулярне тестування на виявлення вірусу SARS-CoV-2, створено цифрову платформу «Дія» для запису на вакцинацію, а також ухвалено низку нормативно-правових актів, що передбачали додаткові виплати медикам та спрощення процедур закупівель лікарських засобів і обладнання [37].

Попри існуючі труднощі – такі як хронічне недофінансування галузі охорони здоров’я, нерівномірний доступ до медичних послуг між регіонами та застарілу матеріально-технічну базу в багатьох лікарнях – досвід подолання пандемії COVID-19 засвідчив, що українська держава здатна мобілізувати ресурси, швидко адаптувати управлінські механізми та реалізовувати антикризові програми в умовах надзвичайної ситуації.

2.2 Медичні інновації та розвиток науки

Пандемії впродовж історії людства виступали могутнім каталізатором розвитку науки і медицини. Глобальні епідемії загострювали суспільну потребу у нових методах діагностики, лікування та профілактики захворювань, сприяли прискоренню наукових досліджень, стимулювали розробку інноваційних технологій у галузі охорони здоров'я. Особливе місце у цьому процесі посідають пандемії XX–XXI століть, що стали потужними рушіями змін у медицині.

Поширення масових інфекційних захворювань завжди ставило перед медичною наукою завдання пошуку ефективних терапевтичних засобів. Зокрема, пандемія іспанського грипу 1918–1920 років виявила критичну потребу в антивірусних препаратах і стимулювала розвиток вірусології як окремої галузі [76].

Пандемія ВІЛ/СНІДу 1980-х років стала унікальним випадком, коли нове захворювання спричинило безпрецедентний сплеск наукової активності у сфері імунології, молекулярної біології та фармакології. Відкриття вірусу імунодефіциту людини (HIV) у 1983 році дозволило швидко розпочати розробку антиретровірусної терапії (АРТ), яка сьогодні забезпечує мільйонам пацієнтів можливість підтримувати якість життя і тривалість життя практично на рівні здорових людей [65]. Наприклад, вакцинація проти натуральної віспи, що почалась у XVIII столітті, у XX столітті привела до повної ліквідації цього захворювання у 1980 році [64], а вакцинація проти поліомієліту значно знизила рівень інвалідизації дітей у всьому світі. Представлена діаграма (Рис 2.3.) ілюструє динаміку нових випадків інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) у світі протягом понад чотирьох десятиліть. З моменту виявлення перших випадків у 1981

році кількість нових інфікувань неухильно зростала, досягнувши піку в середині 1990-х років. Зокрема, у 1995 році було зареєстровано близько 3,3 мільйона нових випадків інфікування.

У наступні роки, завдяки активному впровадженню програм профілактики, розширенню доступу до антиретровірусної терапії, просвітницьким кампаніям і міжнародній підтримці, спостерігалося поступове зменшення темпів поширення вірусу. Так, до 2023 року кількість нових випадків інфікування знизилась до приблизно 1,3 мільйона, що свідчить про позитивну динаміку в боротьбі з епідемією.

Загалом за весь період пандемії понад 88 мільйонів людей у світі інфікувались ВІЛ, з яких близько 42 мільйонів померли від хвороб, пов’язаних із СНІДом.

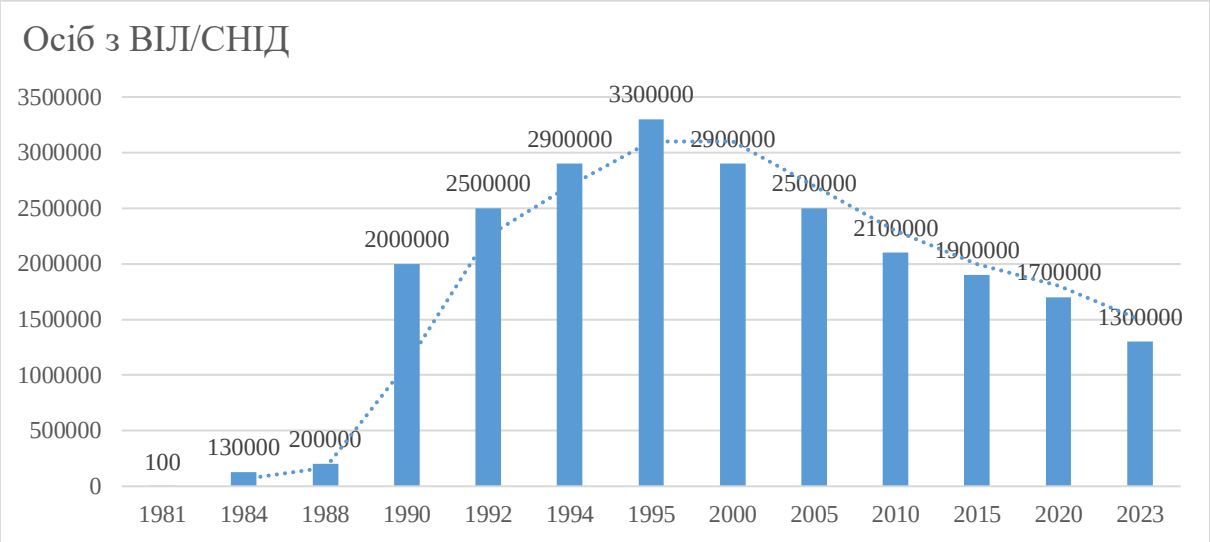

Рис 2.3 Динаміка нових випадків інфікування ВІЛ у світі за період 1981–2023 рр. (за даними: Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу – UNAIDS)

Під час пандемії COVID-19 створення вакцин нового покоління на основі технології мРНК стало справжнім проривом у медичній науці. Вакцини «Pfizer-BioNTech» та «Moderna» були розроблені і допущені до застосування за рекордно короткий строк завдяки багаторічним дослідженням у галузі молекулярної біології та біотехнологій [73].

В Україні кампанія вакцинації проти COVID-19 розпочалася у лютому 2021 року. Вона включала використання різних вакцин (AstraZeneca, Pfizer, CoronaVac та ін.), що дозволило охопити широкі верстви населення. Незважаючи на певні виклики — недовіру частини населення до вакцинації, проблеми з логістикою, а також брак інформаційної підтримки на ранніх етапах, завдяки цій кампанії вдалося значно знизити рівень важких випадків і смертності [50].

Пандемії також стимулюють розробку нових вакцин не тільки для вже відомих хвороб, але й для потенційних загроз — таких як вірус Ебола, вірус Зіка та інші. Таким чином, вакцинація виявляється не тільки відповіддю на вже наявні епідемії, а й важливим елементом профілактики глобальних біологічних ризиків у майбутньому.

Пандемії XX–XXI століть незаперечно довели, що глобальні кризи в сфері охорони здоров'я не лише породжують виклики, а й відкривають нові можливості для наукового і медичного прогресу. Саме загрози масового поширення небезпечних інфекцій стимулювали розробку нових методів діагностики та лікування, впровадження передових технологій, удосконалення клінічної практики. Значний поштовх у цей період отримала галузь біотехнологій, імунології, вірусології та фармакології.

Вакцинація, як один із головних інструментів боротьби з пандеміями, продемонструвала свою ефективність не лише в контексті ліквідації окремих захворювань, а й у зміцненні загальної біобезпеки суспільств. Сучасні досягнення в галузі розробки вакцин, зокрема технології мРНК, закладають підґрунтя для швидкої реакції на майбутні інфекційні загрози.

Український досвід показав, що навіть у складних соціально-економічних умовах можливо досягти суттєвого прогресу у сфері медичних інновацій та забезпечення населення вакцинацією за умови належної координації державних заходів, міжнародної підтримки та мобілізації наукових ресурсів.

Таким чином, пандемії є не лише випробуванням для людства, але й чинником, що прискорює науково-технічний прогрес у медицині та підвищує рівень готовності до нових глобальних викликів.

2.3 Економічні наслідки пандемій

Пандемії завжди мали великий вплив на світову економіку, викликаючи численні кризи, збої в економічних процесах та глобальні зміни в міжнародній торгівлі і фінансах. Це можна побачити на прикладі пандемії іспанського грипу 1918 року, що спровокувала значні економічні потрясіння. Внаслідок зростання смертності і падіння працездатності населення відбувався спад виробництва в багатьох галузях. Країни, які пережили війну, не могли швидко відновити свої економічні системи, а економічні кризи посилилися через зменшення попиту та обмеження торгівлі [42, с. 142].

Подібний вплив пандемії мав і на економічну ситуацію в світі під час пандемії азійського грипу 1957 року. Внаслідок великої кількості інфікованих, що відсутні на робочих місцях, спостерігався спад у багатьох промислових секторах. На практиці це означало не лише збільшення витрат на медичне лікування та вакцинацію, а й втрату продуктивності в різних секторах економіки, таких як транспорт, будівництво та сільське господарство [8, с. 184].

Одним із найбільших економічних потрясінь, викликаних пандемією, була фінансова криза 2008 року, що частково була пов'язана з економічними наслідками від пандемії грипу H1N1 2009 року. Протягом кризи глобальний економічний ріст різко сповільнився, а країни виявилися неготовими до боротьби з глобальними економічними наслідками пандемій [26, с. 52].

З точки зору економічних реформ, пандемії стали важливим стимулом для зміни політик в країнах з розвиненими економіками, в тому числі, для запровадження нових заходів безпеки для бізнесу, залучення державних

ресурсів для наукових досліджень у галузі медицини, а також для створення нових механізмів страхування, спрямованих на мінімізацію економічних втрат [16, с. 90].

Економічні наслідки пандемій не обмежуються лише короткостроковими кризами, але мають значний вплив і на довгострокові зміни на ринку праці. Пандемії змінюють не тільки структуру зайнятості, але й ведуть до появи нових професій, які відповідають на нові виклики в охороні здоров'я та національній безпеці.

Особливо гостро це стало помітно під час пандемії ВІЛ/СНІДу 1980-1990-х років, коли на ринку праці з'явилися нові спеціальності, пов'язані з боротьбою з інфекціями, а також із соціальною підтримкою хворих [41, с. 167]. Поява нових технологій лікування і профілактики, у тому числі, нових медичних засобів, вимагала формування нових робочих місць у фармацевтичній промисловості та галузях, пов'язаних з вакцинацією та медичною допомогою.

На ринку праці також відбувається зміна пріоритетів у зв'язку з пандеміями. Під час пандемії азійського грипу 1957 року та Гонконзького грипу 1968 року спостерігалися значні зміни в трудовому процесі: відбувався тимчасовий спад в активності на підприємствах через зниження працездатності населення. Це мало важливі наслідки для галузей, де необхідна велика кількість робочих рук, зокрема у сільському господарстві та промисловості [33, с. 81].

З кожною новою пандемією людство все більше орієнтується на технологічні інновації, здатні підтримати економіку в умовах масових захворювань. В результаті пандемій, зокрема, почала зростати роль дистанційної роботи, що також стає важливим фактором у глобальній економіці. Під час пандемії COVID-19, наприклад, відзначено різке збільшення кількості людей, які працюють віддалено, що дало змогу зберегти робочі місця і навіть сприяло розвитку нових форм зайнятості [26, с. 64].

Пандемії, як правило, викликають серйозні економічні наслідки, які змінюють структуру світової економіки та ринок праці. З однієї сторони, вони стають причиною економічних криз, з іншої — стимулюють розвиток нових технологій та змінюють підходи до організації праці. Довгострокові наслідки включають розвиток нових професій, зміну ролі технологій у виробничих процесах та адаптацію ринку праці до нових умов, зокрема, до потреби в дистанційній роботі та збільшенні ролі фармацевтичної галузі.

2.4 Соціальні трансформації

Пандемії традиційно мають значний вплив на соціальну поведінку, оскільки вони не лише порушують звичні ритми життя, але й змушують людей адаптуватися до нових умов. Такі зміни можна спостерігати, починаючи з перших великих пандемій, як-от іспанський грип 1918 року, до сучасних інфекцій, таких як COVID-19. У кожному випадку пандемія стала каталізатором зміни соціальних норм і практик, примусивши людей реагувати на загрозу новими способами.

Зокрема, під час пандемії іспанського грипу соціальні звички, як-от відвідування громадських місць, були обмежені. У деяких містах запроваджували карантинні заходи, що включали заборону на великі скупчення людей. Це призвело до зростання самотності, а також зміни у взаємодії людей між собою. Відзначалося також, що зростання смертності й страх перед інфекцією викликали зміни в поведінкових установках, де люди почали більше орієнтуватися на індивідуальну безпеку, замість соціальної взаємодії [8, с. 102].

Натомість пандемія COVID-19 призвела до повномасштабної трансформації поведінки через введення суворих карантинних обмежень і заборону на звичні соціальні контакти. В умовах необхідності самоізоляції виникла нова соціальна реальність, де люди стали більше часу проводити вдома, що змусило змінити багато звичних форм поведінки. Різко зріс

інтерес до онлайн-форм взаємодії, покупок і навчання. Поява дистанційної роботи стала однією з основних соціальних трансформацій у часи пандемії [22, с. 89].

Ці зміни мали далекосяжні наслідки. Протягом пандемії люди стали більш обережними в соціальних взаємодіях, використовували маски та інші засоби захисту, що стало частиною нового "нормального" життя. Окрім того, пандемія змінила пріоритети в соціальних відносинах, де на перший план вийшли питання здоров'я, фізичного благополуччя та безпеки.

Медіа відіграють важливу роль у формуванні суспільної думки під час пандемій. Від того, як висвітлюються інфекції, може залежати поведінка людей, адже медіа є основним каналом поширення інформації про захворювання та способи захисту від них.

Під час пандемії іспанського грипу 1918 року медіа, насамперед газети, повідомляли про епідемію, однак багато країн намагалися замовчувати інформацію, щоб не викликати паніку серед населення. Це призвело до зменшення довіри до офіційних повідомлень і поширення чуток. З іншого боку, під час пандемії грипу H1N1 2009 року медіа вже активно займалися інформуванням громадськості про способи запобігання захворюванню і розробку вакцин, хоча й виникали випадки паніки через численні чутки та спотворену інформацію [45, с. 122].

Важливим аспектом є роль медіа у під час пандемії COVID-19. Медіа стали основним джерелом інформації щодо пандемії, поширюючи не тільки новини, а й стратегії боротьби з вірусом, медичні поради, а також публічні заяви урядів. Однак через величезну кількість інформації, що надходила, значно зросла кількість фейкових новин і непідтверджених чуток. Це призвело до того, що медіа стали об'єктом критики за неадекватне висвітлення деяких аспектів пандемії, зокрема щодо вакцин та лікування [16].

Сучасні медіа, зокрема цифрові платформи, відіграють все більшу роль у формуванні суспільної думки. Під час пандемії глобальні онлайн-ресурси,

такі як соціальні мережі, стали основним інструментом для швидкого поширення інформації. Однак із цим виникла проблема дезінформації, що в свою чергу вплинуло на громадську поведінку. Суспільство стало більш скептично ставитися до офіційних заяв, адже через медіа й соціальні мережі поширювалася велика кількість суперечливої інформації.

Дослідження показують, що медіа не лише повідомляють про події, а й формують загальні настрої, такі як паніка, страх чи впевненість у контролі над ситуацією. Як показали приклади пандемії COVID-19, медіа впливають на споживання медичних послуг, поведінку людей під час карантину та навіть на сприйняття вакцин [36].

Соціальні трансформації під час пандемій є результатом багатьох факторів, серед яких основним є поведінковий аспект людей, який змінюється під тиском загрози інфекції. Водночас медіа відіграють важливу роль у формуванні цієї поведінки, оскільки вони є основним каналом, через який суспільство отримує інформацію та реагує на загрози. Медіа здатні не лише інформувати, але й маніпулювати громадською думкою, що в умовах пандемії має критичне значення.

Карантинні обмеження, запроваджені з метою стримування поширення інфекційних захворювань, мають не лише епідеміологічні, а й значні соціально-психологічні наслідки. Особливо актуальним це стало під час пандемії COVID-19, коли мільйони людей у всьому світі опинилися в умовах самоізоляції, соціального дистанціювання та невизначеності.

Дослідження показують, що тривале перебування в умовах карантину пов’язане з підвищеним рівнем тривоги, депресивних станів, розладів сну, а також посттравматичного стресу (PTSD). Наприклад, у дослідженні, проведеному Brooks et al., виявлено, що ізоляція спричиняє значний психологічний дискомфорт, особливо якщо вона триває більше 10 днів, супроводжується браком інформації та страхом інфікування [4].

Серед основних психосоціальних факторів, що впливають на стан населення в умовах карантину, виокремлюють: обмеження свободи

пересування, економічні втрати, втрата роботи, конфлікти у родині, інформаційне перевантаження, а також стигматизація осіб, які перехворіли або перебували на ізоляції [49]. Особливо вразливими групами стали діти, літні люди, жінки, медичні працівники та особи з попередніми психічними розладами.

Психологи наголошують, що державна політика має включати не лише епідеміологічний контроль, але й заходи підтримки психічного здоров'я. Зокрема, важливо забезпечити доступ до психологічної допомоги (онлайн або телефоном), створити інформаційно-підтримувальні кампанії, проводити моніторинг стану психічного здоров'я вразливих груп.

Українські дослідження також підтверджують негативний вплив карантину на психологічне благополуччя. Так, за даними соціологічного моніторингу Інституту соціології НАН України, під час весняного локдауну 2020 року понад 60% опитаних відчували зростання тривожності, близько 40% – зниження настрою, а 25% повідомили про труднощі зі сном [10].

Таким чином, карантин, будучи необхідним заходом у боротьбі з епідеміями, має значний побічний ефект у вигляді погіршення психічного здоров'я населення. Це вимагає інтеграції психологічної підтримки в систему кризового реагування держави.

2.5 Роль міжнародних організацій у менеджменті пандемій

Ідея створення міжнародної організації, що координувала б зусилля у сфері охорони здоров'я, виникла ще у XIX столітті у зв'язку з численними пандеміями холери, жовтої гарячки та чуми, які охоплювали різні континенти. Проте лише після Другої світової війни з'явилися реальні умови для створення постійної структури, яка б діяла в межах нової системи ООН. Так з'явилася Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization, WHO) — установа, що відіграє ключову роль у глобальній системі охорони здоров'я вже понад 75 років.

Ще в 1851 році в Парижі було скликано першу Міжнародну санітарну конференцію, яка заклала основу для міждержавного співробітництва у сфері боротьби з епідеміями. У XX столітті питання координації медичних зусиль на міжнародному рівні стало особливо актуальним у зв'язку з пандемією "іспанського грипу" 1918–1920 років, яка забрала понад 50 мільйонів життів. У міжвоєнний період функціонували медичні структури Ліги Націй, однак через обмежене членство і слабку координацію вони не стали ефективним глобальним інструментом.

Після завершення Другої світової війни, у 1945 році на Конференції ООН у Сан-Франциско була висловлена пропозиція створити спеціалізовану установу у сфері охорони здоров'я. Ініціативу підтримали делегації Китаю та Бразилії. Тимчасова комісія з охорони здоров'я була створена у 1946 році, а вже 22 липня того ж року була підписана Конституція ВООЗ. Цей документ набув чинності 7 квітня 1948 року — дата, яка сьогодні відзначається як Всесвітній день здоров'я.

Штаб-квартира новоствореної організації розмістилася в Женеві (Швейцарія). До ВООЗ увійшли більшість держав-членів ООН, і з часом її членство стало універсальним.

Основною метою ВООЗ стало досягнення "найвищого можливого рівня здоров'я для всіх народів", що в Конституції ВООЗ було визначено як "стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя". Серед перших напрямів діяльності були: боротьба з інфекційними хворобами (особливо з віспою, туберкульозом, малярією), сприяння розвитку систем охорони здоров'я в країнах, що розвиваються, збирання та поширення епідеміологічної інформації. У 1950-х роках ВООЗ започаткувала перші глобальні програми вакцинації, а з 1967 року — масштабну кампанію з ліквідації натуральної віспи, яка завершилася успішно в 1980 році.

Створення ВООЗ стало ключовим кроком у формуванні глобальної системи безпеки у сфері здоров'я. Вона забезпечила постійну координацію дій країн світу під час епідемій і пандемій, сприяла стандартизації медичних

практик, підтримала розвиток охорони здоров’я в країнах Глобального Півдня та ініціювала фундаментальні медичні програми. У XXI столітті ВООЗ продовжує відігравати важливу роль у відповідях на нові загрози — зокрема під час пандемій SARS, грипу H1N1, Еболи та COVID-19.

Однією з найбільш відомих ініціатив ВООЗ став «Global Malaria Eradication Programme», розпочатий у 1955 році. Програма мала на меті повну ліквідацію малярії шляхом масового розпилення інсектицидів (зокрема ДДТ), знищення переносників захворювання та широкої вакцинації. Попри значні успіхи в деяких регіонах, зокрема в Європі та Північній Америці, кампанія не досягла поставлених цілей у країнах Африки та Південної Азії через низький рівень інфраструктури та спротив з боку комах до препаратів (World Health Organization, 1969).

Іншим значним досягненням міжнародної співпраці стало оголошення у 1980 році про повне викорінення натуральної віспи — результат тривалої кампанії з вакцинації, очолюваної ВООЗ. Це стало першим (і наразі єдиним) випадком ліквідації інфекційного захворювання у глобальному масштабі, що підкреслило ефективність міжнародних зусиль.

Згодом ВООЗ долучилася до боротьби з пандемією ВІЛ/СНІДу, створивши у 1987 році спеціальну програму Global Programme on AIDS, яка започаткувала глобальне інформування, розробку стратегій профілактики та доступу до лікування.

Висновки до розділу

Аналіз пандемій XX і XXI століть показує, що кожна епідемія або пандемія залишає глибокий слід у різних аспектах людського життя, від економічних до соціальних трансформацій. Вивчення економічних наслідків, таких як спад виробництва, порушення глобальних ринків, зміни у трудовій сфері та росте безробіття, демонструє важливість впровадження адаптивних механізмів для пом'якшення наслідків майбутніх криз. Зокрема, пандемії, як іспанський грип чи COVID-19, показали, як швидко вразливі економіки можуть відреагувати на глобальні загрози. Більш того, пандемія COVID-19 висвітлила значення інформаційних технологій та дистанційної роботи, які стали важливою частиною нового світового економічного ландшафту.

Соціальні трансформації, що відбуваються під час епідемій, відображають глибокі зміни у поведінці людей. Оскільки пандемії порушують звичні соціальні зв'язки, на перший план виходить індивідуальна безпека та обережність у взаємодії. Це проявляється в обмеженнях контактів, нових формах навчання та роботи, а також у використанні технологій для збереження соціальних зв'язків. Крім того, соціальні зміни включають зміну ставлення до здоров'я, що стає важливішим за соціальні звички.

Роль медіа у формуванні суспільної думки під час пандемій важко переоцінити. Завдяки медіа люди отримують основну інформацію про хвороби, заходи безпеки та новини про поширення інфекцій. Проте в умовах надмірного інформаційного потоку виникають труднощі в управлінні громадським ставленням до загрози. Часто з'являються дезінформація та фейкові новини, що підсилюють страх і паніку серед населення. Медіа здатні впливати на масову свідомість, формувати громадську думку та мотивувати до дії, і в той же час їхні маніпулятивні функції можуть мати негативні наслідки.

Таким чином, пандемії не лише стають глобальними загрозами для здоров'я, але й серйозно впливають на економічний, соціальний та культурний контекст. Важливо вивчати їхні наслідки в комплексі, щоб ефективно підготуватися до можливих майбутніх викликів.

РОЗДІЛ 3.
ПОГЛЯД У МАЙБУТНЄ: ПРОГНОЗУВАННЯ ТА УПРАВЛІННЯ НОВИМИ ЗАГРОЗАМИ

3.1 **Глобальні ризики інфекційних захворювань у XXI столітті**

У XXI столітті людство стикається з новими викликами у сфері охорони здоров'я, що значною мірою зумовлені глобальними процесами — зміною клімату, урбанізацією, деградацією довкілля та зростанням масштабів міграції. Ці фактори змінюють епідеміологічну картину світу, сприяючи появі нових хвороб та повторній активізації вже відомих інфекцій.

Одним із найвагоміших чинників, що впливають на поширення інфекційних захворювань, є глобальна зміна клімату. Підвищення середньорічних температур, зміни рівня опадів і частіші екстремальні погодні явища призводять до розширення ареалів переносників інфекцій. Зокрема, комарі роду Aedes, що переносять віруси Денге, Чикунгунья, Зіка, почали активно проникати до регіонів, які раніше вважались нетиповими для їхнього проживання, таких як Південна Європа, США та Південний Китай. Аналіз глобальних моделей поширення цих векторів свідчить про посилення ризику зараження навіть у помірному кліматі [78, с. 9].

Крім того, водні інфекції також демонструють зростання через вплив клімату. Наприклад, збудник холери Vibrio cholerae значно активізується під час підвищення температури морської води, як це спостерігається в Бенгальській затоці. Колвелл наголошує, що кліматичні коливання впливають на морську мікрофлору, зумовлюючи спалахи холери в країнах Південної Азії, зокрема в Бангладеші. Повені, пов'язані з мусонними дощами чи циклонами, порушують санітарні системи і призводять до масових захворювань, включаючи гепатити A і E [60, с. 45]

Екстремальні погодні явища, зокрема урагани, також прямо впливають на поширення інфекцій. Після урагану "Катріна" (США, 2005) у таборах

тимчасового проживання спостерігалися спалахи шлунково-кишкових інфекцій через відсутність належних санітарно-гігієнічних умов.

Міграція населення, зумовлена як екологічними катастрофами, так і деградацією ґрунтів та посухами, особливо в регіонах Сахелю в Африці, створює додаткові ризики для поширення інфекцій. Табори для переміщених осіб часто характеризуються високою щільністю населення, відсутністю медичного нагляду, дефіцитом чистої води та вакцин, що сприяє поширенню кору, менінгіту, малярії та інших інфекцій.

Окрім вже відомих загроз, у XXI столітті з’являються нові патогени, зокрема зоонози — інфекції, що передаються від тварин до людини. Зменшення біорізноманіття, вирубка лісів і торгівля дикими тваринами підвищують ризик контакту людей із резервуарами нових вірусів, як це було у випадку з COVID-19. Паралельно загострюється проблема антимікробної резистентності, що може призвести до епохи постантибіотиків, у якій звичайні бактеріальні інфекції знову ставатимуть смертельними.

Ще одним важливим фактором, який суттєво впливає на поширення інфекційних захворювань у XXI столітті, є масова міграція населення, особливо вимушена — спричинена збройними конфліктами, політичними кризами або змінами клімату. Ці переміщення часто відбуваються в умовах обмеженого доступу до медичної допомоги, низького рівня санітарії, нестачі вакцин та медичних кадрів.

Міграція у зони конфліктів чи через них створює численні епідеміологічні ризики. Прикладом є спалахи поліомієліту в Сирії у 2013–2014 роках, коли через громадянську війну значна частина населення втратила доступ до вакцинації. Переміщення людей у табори для біженців у Туреччині, Лівані та Йорданії підвищило загрозу поширення вірусу серед непривитих дітей [84].

У регіонах масової кліматичної міграції, як-от у зоні Сахелю в Африці, посухи й деградація земель змушують мільйони людей залишати традиційні місця проживання. Унаслідок цього збільшується скупченість у великих

містах та прикордонних регіонах, що сприяє поширенню таких хвороб, як кір, холера, менінгіт. Нестабільна епідеміологічна ситуація ускладнює контроль над інфекціями, оскільки відсутні належні реєстраційні механізми, охоплення імунізацією, а також інфраструктура для ізоляції хворих [70].

Особливо уразливими є транзитні регіони, де потоки мігрантів перетинаються, а місцеві системи охорони здоров'я не готові до обслуговування великої кількості осіб з невідомим епідемічним статусом. У таких умовах важко виявити інфекції на ранніх етапах і забезпечити профілактику. Наприклад, у Лівії, яка стала транзитною країною для мігрантів до Європи, у 2017 році було зафіксовано зростання випадків туберкульозу серед біженців.

Таким чином, вимушена та масова міграція стає ключовим фактором, що ускладнює епідеміологічний моніторинг, знижує ефективність заходів профілактики та сприяє виникненню нових спалахів інфекцій, особливо у кризових регіонах з обмеженими ресурсами.

У XXI столітті світ стикається з появою нових або раніше невідомих патогенів, що становлять серйозну загрозу для громадського здоров'я. Це явище пояснюється рядом факторів, зокрема інтенсифікацією глобальних контактів, тісною взаємодією людини з природними екосистемами, масштабною урбанізацією та зростанням тиску на природне середовище (Jones et al., 2008). Понад 60% нових інфекційних захворювань, виявлених за останні десятиліття, мають зоонозне походження, тобто передаються від тварин до людей. Серед таких патогенів — віруси SARS-CoV (2003), MERS-CoV (2012), а також SARS-CoV-2 (2019), який спричинив пандемію COVID-19. Ці віруси є прикладом того, як зміни в довкіллі та тваринництві можуть створити умови для міжвидової передачі хвороб, зокрема в регіонах, де існує тісний контакт між дикою природою, свійськими тваринами та людиною [72].

Паралельно з появою нових патогенів світ зіткнувся з іншою критичною проблемою — антимікробною резистентністю (АМР). Йдеться про

здатність бактерій, вірусів, грибів і паразитів протистояти дії ліків, які раніше були ефективними. Основними причинами АМР є надмірне або неправильне використання антибіотиків у медицині та сільському господарстві, а також недостатній контроль за рецептурним відпуском лікарських засобів. Згідно з оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2050 року антимікробна резистентність може стати причиною до 10 мільйонів смертей щорічно, якщо не будуть вжиті належні заходи [90].

Найбільш загрозливими є так звані "супербактерії", які мають стійкість до більшості або всіх наявних антибіотиків. Наприклад, Klebsiella pneumoniae, стійка до карбапенемів, викликає важкі нозокоміальні інфекції, які складно піддаються лікуванню. Поширення таких патогенів особливо небезпечне у лікарнях, зокрема в реанімаційних відділеннях, де перебувають пацієнти з ослабленим імунітетом.

У відповідь на виклики АМР та нових патогенів розробляються глобальні ініціативи, такі як Глобальний план дій з антимікробної резистентності [87], які передбачають посилення моніторингу, розвиток нових антибіотиків, а також просвітницькі кампанії серед медичних працівників та населення.

Отже, сукупність екологічних, соціальних та біологічних факторів створює новий спектр загроз, які потребують глобального моніторингу, наукового аналізу та координації державної політики в галузі охорони здоров'я.

3.2 Системи раннього попередження та моніторингу

У XXI столітті стрімке поширення інфекційних захворювань в умовах глобалізації вимагає оперативного реагування та попередження можливих пандемій. Ефективні системи раннього виявлення та моніторингу є одним із ключових інструментів забезпечення глобальної біобезпеки. Їхня головна

мета — виявлення нових патогенів та епідемічних загроз до того, як вони набудуть широкого поширення.

Однією з найважливіших міжнародних ініціатив у цій сфері є Глобальна мережа оповіщення та реагування на спалахи інфекційних хвороб (Global Outbreak Alert and Response Network, GOARN), створена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ, World Health Organization, WHO) у 2000 році. GOARN об'єднує понад 250 інституцій, включаючи урядові агентства, науково-дослідні центри, неурядові організації та лабораторії, які спільно забезпечують епідеміологічний моніторинг, обмін даними та координацію реагування на спалахи.

Іншими прикладами подібних міжнародних платформ є Система раннього попередження та реагування (Early Warning and Response System, EWARS), що використовується у зонах гуманітарних криз, а також Глобальна система раннього попередження про хвороби тварин, що передаються людині (Global Early Warning System for Major Animal Diseases, including Zoonoses, GLEWS+) — спільна ініціатива Продовольчої та сільськогосподарської організації ООН (ФАО), ВООЗ і Всесвітньої організації охорони здоров'я тварин.

У сучасних умовах дедалі більшого значення набувають цифрові технології, зокрема аналітика великих обсягів даних (Big Data), штучний інтелект (Artificial Intelligence, AI), геоінформаційні системи (ГІС, Geographic Information Systems, GIS) та мобільні платформи. Наприклад, платформа "БлуДот" (BlueDot, Канада) виявила сигнали щодо нового коронавірусу ще в грудні 2019 року — за дев'ять днів до офіційного повідомлення ВООЗ. Система аналізувала новини, авіаперельоти, епідеміологічну статистику та інші відкриті джерела в реальному часі [57].

Ще один приклад — "ГелсМап" (HealthMap, Гарвардський університет, США), яка агрегує повідомлення понад десятьма мовами та відображає спалахи інфекцій на інтерактивній мапі. Цей інструмент активно

використовувався під час епідемій лихоманки Ебола, вірусу Зіка та пандемії COVID-19.

Особливо важливою під час пандемії COVID-19 стала мобільна цифрова підтримка відстеження контактів. У країнах, таких як Республіка Корея, Тайвань і Сінгапур, мобільні додатки дозволили виявляти контакти інфікованих осіб та оперативно ізолювати потенційно заражених, що сприяло зниженню поширення вірусу [59].

У XXI столітті цифрові технології відіграють ключову роль у системах епідеміологічного моніторингу. Одним із найбільш поширених рішень під час пандемії COVID-19 стали мобільні застосунки для відстеження контактів заражених осіб. Вони використовували різні технічні підходи — Bluetooth-технології, GPS-моніторинг, а також методи аналізу великих даних (big data). Нижче подано порівняльну характеристику деяких найбільш відомих цифрових рішень, які були впроваджені у різних країнах (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика цифрових додатків для відстеження контактів під час пандемії COVID-19

Країна	**Назва застосунку**	**Рік запуску**	**Основна технологія**	**Рівень анонімності**	**Додаткові функції**
Німеччина	Corona-Warn-App	2020	Bluetooth, децентралізована модель (DP-3T)	Високий	Добровільність, відкритий код
Швейцарія	SwissCovid	2020	Bluetooth, DP-3T	Високий	Інтеграція з системою охорони здоров’я

Країна	Назва застосунку	Рік запуску	Основна технологія	Рівень анонімності	Додаткові функції
Індія	Aarogya Setu	2020	GPS + Bluetooth	Низький	Контроль пересування, обов’язковість
Франція	TousAntiCovid	2020	Bluetooth (централізована модель ROBERT)	Середній	QR-коди, сертифікати вакцинації
Сінгапур	TraceTogether	2020	Bluetooth, централізована модель	Низький	Використання з SafeEntry

Джерело: Складено за авторською редакцією на основі даних Всесвітньої організації охорони здоров’я (WHO), наукових публікацій (зокрема Cho, H., Ippolito, D., Yu, Y. W., 2020), урядових порталів відповідних країн.

Ця таблиця демонструє як плюси, так і недоліки сучасних цифрових підходів. Одним із основних викликів залишається баланс між ефективністю та захистом приватності користувачів. Крім того, архітектура (централізована чи децентралізована) впливає на рівень довіри з боку громадськості та на ефективність інтеграції таких інструментів у системи охорони здоров'я.

Разом із тим, слід враховувати й виклики, пов’язані з нерівним доступом до цифрових ресурсів у країнах із низьким рівнем доходу, а також етичні питання, зокрема конфіденційність персональних даних громадян і правові обмеження щодо їх використання державою.

Загалом, системи раннього попередження і моніторингу довели свою ефективність, але вимагають подальшого розвитку, ширшої інтеграції та справедливого доступу для всіх країн.

3.3 Політика готовності та реагування

У відповідь на зростання ризиків виникнення нових інфекційних захворювань у XXI столітті міжнародна спільнота розробила цілісну політику готовності до біологічних загроз. Ключовим напрямом стала концепція «Єдине здоров'я» (One Health), яка визнає тісний взаємозв'язок між здоров'ям людини, тварин та екосистем. Такий міжгалузевий підхід набув особливої актуальності з огляду на те, що понад 60% нових інфекцій мають зоонозне походження, тобто передаються від тварин до людини. У межах цієї концепції ВООЗ, ФАО, Програма ООН з довкілля (ЮНЕП) та Всесвітня організація охорони здоров'я тварин (WOAH) започаткували спільні ініціативи для моніторингу патогенів, контролю обігу антибіотиків у тваринництві, обміну даними та розробки комплексних стратегій біозахисту.

Ще одним важливим елементом сучасної політики є впровадження стратегій зменшення шкоди (harm reduction), які мають на меті не лише знизити ризик зараження вразливих груп, але й зберегти функціонування ключових секторів суспільства під час надзвичайних ситуацій. До них належать гнучкі протоколи карантину, адаптивні форми навчання і праці, протиепідемічна комунікація, підтримка психічного здоров'я тощо. Особливе значення набуло сценарне планування, тобто моделювання кількох можливих варіантів розвитку епідемії з урахуванням соціальних, економічних, політичних чинників, що дозволяє органам влади заздалегідь готувати ресурси, приймати зважені рішення і мінімізувати втрати [74]. Пандемія COVID-19 стала безпрецедентним випробуванням і водночас каталізатором реформ у галузі охорони здоров'я та кризового управління. Уряди багатьох країн створили спеціалізовані структури для швидкого реагування, зокрема в Європейському Союзі було засновано Агентство з готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я

(HERA), метою якого є мобілізація фінансування, координація досліджень і розробка стратегічних запасів медичних засобів. У США було оновлено повноваження Центрів з контролю та профілактики захворювань (CDC) та запроваджено Національну стратегію пандемічної готовності.

Проте пандемія також виявила низку критичних викликів: відсутність скоординованої глобальної відповіді, нерівний доступ до вакцин, поширення дезінформації, зниження довіри до наукових установ і обмеження прав людини в умовах надзвичайного стану. Це поставило на порядок денний нові етичні та політичні питання: як поєднувати безпеку із захистом громадянських прав, яким має бути механізм міжнародної солідарності в часи криз, та як забезпечити стійкість систем охорони здоров'я у постпандемічному світі.

3.4 Етичні та соціальні дилеми майбутніх пандемій

У XXI столітті, на тлі стрімкого розвитку біомедичних технологій, цифрового контролю та глобалізації, пандемії породжують не лише медичні, а й глибокі етичні й соціальні виклики.

Пандемії створюють унікальні обставини, за яких держави змушені оперативно ухвалювати рішення задля захисту громадського здоров'я. Однак ці дії часто супроводжуються обмеженням базових прав і свобод, таких як свобода пересування, право на приватність, свобода зібрань або навіть свобода слова. Таким чином, виникає фундаментальна етична дилема: як знайти баланс між захистом колективної безпеки та дотриманням індивідуальних прав людини.

На прикладі пандемії COVID-19 можна проаналізувати, як різні країни підходили до цього виклику. У багатьох державах було запроваджено обов'язкові карантини, заборону на пересування, обмеження вільного доступу до публічного простору, цифрове відстеження контактів інфікованих. Зокрема, у Китаї, Південній Кореї та Сінгапурі активно

використовувалися мобільні додатки для контролю переміщення населення, температурного скринінгу та виявлення потенційних контактів із хворими. Хоча ці заходи продемонстрували високу ефективність у стримуванні поширення вірусу, вони викликали занепокоєння правозахисних організацій щодо надмірного втручання держави в особисте життя [12, с. 46].

Ключовим питанням залишається пропорційність: чи є обмеження прав обґрунтованими, необхідними та тимчасовими. У міжнародному праві, зокрема в Міжнародному пакті про громадянські і політичні права (ICCPR), передбачено можливість тимчасового обмеження певних прав в умовах надзвичайної ситуації, але лише за умови, що це є строго необхідним і не порушує основоположних прав.

Особливо чутливою сферою є використання цифрових технологій під час пандемій. І хоча системи трекінгу й аналізу даних (наприклад, Bluetooth-контактні трекери) дозволяють оперативно реагувати на спалахи інфекцій, вони водночас становлять ризик втрати анонімності, використання даних у комерційних або репресивних цілях та подальшої нормалізації контролю. У постпандемічний період надзвичайно важливо забезпечити прозоре вилучення або обмеження використання зібраної інформації та нагляд за механізмами, що були впроваджені під час кризи.

Таким чином, баланс між безпекою та правами людини під час пандемій — це динамічна межа, яка має постійно оцінюватися на основі принципів законності, прозорості, обґрунтованості та поваги до гідності людини. Необхідне не лише технічне вирішення цієї проблеми, а й етична рефлексія з боку політиків, юристів, громадянського суспільства й медичної спільноти.

Ризики нерівного доступу до медичних технологій під час пандемій та епідемій є однією з найбільших загроз для ефективного подолання глобальних охороноздоровчих криз. Це питання набуває особливої актуальності в умовах пандемії COVID-19, коли нерівномірний доступ до

вакцин та медичних препаратів став перешкодою для боротьби з хворобою. Нерівний доступ до медичних послуг пов'язаний із соціально-економічними факторами, такими як бідність, віддаленість від медичних установ, а також високі витрати на лікування в країнах з низьким рівнем доходу. В країнах із низьким та середнім рівнем доходу доступ до медичних технологій і вакцин часто обмежений, що призводить до високих показників захворюваності та смертності серед населення цих країн. Наприклад, під час пандемії COVID-19 лише розвинені країни змогли забезпечити своє населення вакцинами на достатньому рівні, тоді як багато країн, що розвиваються, ще довго залишались без належного доступу до необхідних медичних препаратів [1, с. 15].

Глобальна нерівність у доступі до вакцин і ліків під час пандемії COVID-19 стала однією з найбільших загроз для здоров’я людства. Власне, програма COVAX, створена для забезпечення рівного доступу до вакцин, зіткнулася з серйозними труднощами через обмеження в постачанні вакцин, що спричинило затримки в вакцинації населення країн з низьким та середнім рівнем доходу. У зв'язку з цим на міжнародному рівні постало питання справедливості та рівності в доступі до медичних технологій, що закріплено в міжнародних документах, таких як Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права.

Проблема нерівного доступу до медичних технологій є не лише економічною, а й етичною. Це питання порушує основоположні принципи справедливості та рівності, оскільки всі люди повинні мати однакові можливості для доступу до медичних послуг, незалежно від їхнього соціального становища, економічного статусу чи географічного положення. В умовах глобальних епідемій, коли масштаби загрози охоплюють увесь світ, відсутність рівного доступу до вакцин, ліків і медичних технологій призводить до ще більшої соціальної нерівності та дискримінації найбільш вразливих груп населення [54, с. 81-82].

Існують механізми на глобальному рівні, зокрема програми міжнародних організацій, таких як ВООЗ, спрямовані на забезпечення рівного доступу до медичних послуг. Однак цих зусиль недостатньо для усунення всіх бар'єрів, які створюють нерівність у доступі. Тому для досягнення справедливості в розподілі медичних ресурсів важливими є не лише міжнародні ініціативи, а й державні політики, що знижують соціальні та економічні бар'єри для доступу до медичних технологій. Тільки так можна забезпечити ефективну боротьбу з пандеміями та епідеміями на глобальному рівні.

Виклики недовіри до наукових інституцій є серйозною перепоною для ефективної боротьби з епідеміями та пандеміями, оскільки ця недовіра може призвести до значних проблем в управлінні громадським здоров’ям. Недовіра до науки і медичних інститутів часто проявляється в сприйнятті наукових рекомендацій та методів як неефективних або навіть небезпечних, що знижує ефективність впровадження заходів, таких як вакцинація, карантинні обмеження або нові медичні технології.

Одна з основних причин недовіри до наукових інституцій полягає в недостатньому інформуванні громадськості про основи наукових досліджень та процеси прийняття рішень. Коли наукові інституції не можуть донести до широких верств населення правдиву і зрозумілу інформацію, це призводить до різних спекуляцій і поширення дезінформації. Це, у свою чергу, породжує почуття недовіри і скептицизму щодо медичних рекомендацій та політики в області охорони здоров'я.

Окрім того, в деяких випадках, коли наукові інституції не здатні оперативно реагувати на нові загрози, це також створює підґрунтя для виникнення недовіри. Наприклад, під час спалаху вірусів або хвороб, якщо наукові інститути та медичні установи не здатні швидко і ефективно подати рекомендації або впровадити стратегії лікування, це може стати фактором для виникнення громадської недовіри. Відсутність транспарентності в процесі наукових досліджень, коли не надаються повні дані або не

роз’яснюються джерела, може сприяти зростанню недовіри до наукових інституцій.

Згідно з думками українських авторів, подібні виклики особливо важливі для вивчення в контексті пандемій, оскільки довіра до наукових інституцій безпосередньо впливає на поведінку людей під час епідемічних спалахів. Як зазначає В. І. Орлов, «невідповідність між заявами науковців і реальними діями на політичному та медичному рівнях створює сумніви в ефективності цих інституцій та ставить під загрозу здатність держави реагувати на епідемії» [39]. У свою чергу, соціальні дослідження показують, що особливо важливою є довіра до медичних працівників, оскільки вони є тими, хто безпосередньо взаємодіє з населенням і здатні передавати важливі знання про загрози та методи їх подолання [3].

Поширення сумнівів щодо наукових інституцій також є частиною більш широкого феномену суспільної недовіри до влади, медичних і державних установ, що є особливо актуальним для держав з низьким рівнем розвитку системи охорони здоров'я. В умовах інформативного перенасичення та пандемії дезінформації, що часто супроводжує спалахи нових захворювань, важливим є розроблення політики, що спрямована на зміцнення громадської довіри до наукових інституцій. Для цього необхідно створювати механізми науково обґрунтованого інформування та залучати медичних фахівців до освітніх ініціатив, що допоможе подолати існуючі стереотипи і сприятиме формуванню здорової суспільної думки.

Завдяки підтримці державних і приватних ініціатив, спрямованих на забезпечення відкритого доступу до наукових досліджень і результатів, можна поступово зміцнювати довіру до наукових інституцій. Тільки за умови відкритого та прозорого підходу до наукових процесів, а також постійного зворотного зв'язку з громадськістю можна очікувати на стабільність і ефективність наукових ініціатив у сфері боротьби з епідеміями та пандеміями.

3.5 Перспективи глобального управління пандеміями: нова угода ВООЗ

У травні 2025 року на 78-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я було ухвалено першу в історії міжнародну Угоду про пандемії, розроблену під егідою ВООЗ. Документ, над яким велися тривалі переговори протягом трьох років, є реакцією світової спільноти на масштабні виклики, зумовлені пандемією COVID-19. Його головною метою є зміцнення глобальної готовності до майбутніх епідеміологічних загроз і створення більш справедливої та прозорої системи реагування на них.

Угода передбачає низку ключових механізмів. По-перше, вона запроваджує систему обміну зразками патогенів, за якою країни, що виявляють нові збудники інфекцій, зобов'язуються надавати ці зразки до міжнародної мережі лабораторій. В обмін на це вони отримують гарантований доступ до вакцин, тестів та лікувальних засобів. Частина цих медичних ресурсів (до 20%) передається до ВООЗ для подальшого розподілу серед країн з обмеженим доступом до сучасних технологій.

По-друге, угода закріплює принцип справедливого доступу до медичних засобів незалежно від економічного потенціалу тієї чи іншої країни. Це передбачає не лише гуманітарну підтримку, а й формування єдиної логістичної системи постачання життєво важливих препаратів у разі спалаху нової пандемії.

По-третє, документом чітко визначено межі повноважень ВООЗ. Організація не отримує права примушувати держави до конкретних дій, зокрема введення карантинів чи обов'язкових щеплень, що підкреслює важливість національного суверенітету в питаннях охорони здоров'я.

Незважаючи на широке схвалення — за документ проголосували 124 країни — деякі держави, серед яких Словаччина, Італія та Росія, утрималися. США, які раніше були ключовим донором ВООЗ, відмовилися брати участь у процесі, посилаючись на зміну зовнішньополітичного курсу.

Прийняття Угоди про пандемії є важливим політичним і гуманітарним кроком, що знаменує спробу створити глобальну систему запобігання та реагування на інфекційні загрози, подібні до COVID-19. Проте ефективність цього документа значною мірою залежатиме не лише від його формального ухвалення, а від реального виконання зобов'язань державами-учасницями.

Однією з головних перепон до повноцінної реалізації угоди може стати нерівномірна готовність країн дотримуватись принципів прозорості, оперативного обміну інформацією та розподілу вигод. Відмова деяких ключових держав, зокрема США, від участі в угоді вже створює потенційні прогалини в глобальному механізмі координації.

Водночас, сама ідея міжнародної солідарності та рівноправного доступу до медичних засобів відображає значний поступ у світовому підході до управління пандеміями. Якщо угоду вдасться імплементувати не лише на рівні дипломатичних заяв, а й у національні політики охорони здоров'я, вона може стати дієвим інструментом захисту людства від майбутніх глобальних біозагроз.

Таким чином, нова Угода ВООЗ — це не лише політичний документ, а й показник того, наскільки людство засвоїло уроки минулих пандемій. Її успіх залежатиме від довіри, відповідальності та здатності міжнародної спільноти поставити глобальне благо вище за вузькі національні інтереси [6].

Висновки до розділу

У рамках розділу "Погляд у майбутнє: прогнозування та управління новими загрозами" розглянуто важливі аспекти, які визначатимуть ефективність боротьби з інфекційними захворюваннями в XXI столітті. Основні фактори, що впливають на поширення нових хвороб, включають зміни клімату, урбанізацію, міграцію та деградацію довкілля. Це поєднання умов створює сприятливе середовище для розвитку зоонозів, антимікробної резистентності та вірусів з потенціалом пандемії. Окрім цього, глобальні соціальні і політичні зміни, які виникають через зміни в екологічному середовищі та економіці, також підвищують вразливість до нових інфекцій.

Системи раннього попередження і моніторингу є важливим інструментом для виявлення та боротьби з глобальними інфекційними загрозами. Програми ВООЗ, такі як Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN), разом з новітніми цифровими технологіями, штучним інтелектом і великими даними, дозволяють своєчасно реагувати на спалахи інфекційних захворювань. Такий підхід забезпечує швидку мобілізацію ресурсів та координацію міжнародних зусиль, що є критичним для зменшення поширення хвороб.

Однією з найважливіших концепцій у боротьбі з інфекційними загрозами є One Health, яка враховує взаємозв’язок між здоров’ям людини, тварин і довкілля. Впровадження цієї концепції сприяє інтеграції різних аспектів охорони здоров’я, включаючи профілактику, моніторинг і лікування інфекцій.

Політика готовності та реагування на нові пандемії також передбачає впровадження стратегій зменшення шкоди та сценарного планування, що допомагають країнам бути готовими до можливих глобальних криз. Однак, досвід пандемії COVID-19 показав, що навіть добре розвинені системи можуть бути неготовими до таких великих викликів, що ставить питання

про необхідність посилення глобального співробітництва та покращення національних систем охорони здоров’я.

Етичні та соціальні дилеми, які виникають під час пандемій, зокрема питання балансу між безпекою та правами людини, доступу до медичних технологій, а також проблеми недовіри до наукових інституцій, залишаються важливими питаннями, що потребують ретельного опрацювання. Спільна робота держав, міжнародних організацій, науковців та громадськості необхідна для забезпечення справедливого доступу до медичних засобів та інформації, щоб уникнути соціальних напруг і забезпечити ефективну боротьбу з глобальними загрозами.

У результаті, майбутнє боротьби з інфекційними захворюваннями вимагає комплексного підходу, що охоплює не лише медичні та наукові стратегії, а й соціальні, етичні та політичні аспекти. Впровадження інноваційних технологій, покращення міжнародної співпраці та забезпечення доступу до медичних ресурсів є ключовими елементами в ефективній боротьбі з новими пандеміями та епідеміями.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження було всебічно проаналізовано пандемії та епідемії XX і початку XXI століття як складні соціальні явища, що справляли суттєвий вплив на суспільне життя, державну політику й міжнародні відносини. Робота продемонструвала, що такі епідеміологічні кризи не лише випробовують системи охорони здоров'я, а й формують нові політичні, економічні та культурні практики.

По-перше, пандемії, зокрема «іспанка», ВІЛ/СНІД і COVID-19, засвідчили, що інфекційні захворювання можуть мати наслідки, співмірні з великими війнами та економічними кризами. Вони стали не лише трагедіями окремих людських доль, а й каталізаторами змін — від медичних реформ до переосмислення ролі держави у забезпеченні колективної безпеки

По-друге, аналіз політик реагування показав, що успішність держав у подоланні пандемій залежала від ефективності інституцій, своєчасності дій, рівня соціальної довіри та якості комунікації. Уряди, які орієнтувалися на прозорість, наукові рекомендації та міжгалузеву координацію, продемонстрували вищу стійкість перед викликами.

По-третє, дослідження діяльності міжнародних організацій (ВООЗ, ЮНІСЕФ, ЮНЭЙДС тощо) довело, що саме глобальна співпраця є ключовим чинником у стримуванні транснаціональних загроз. Водночас пандемія COVID-19 виявила слабкі місця глобальної архітектури охорони здоров'я, зокрема щодо швидкості реагування, рівного доступу до ресурсів та розподілу вакцин.

По-четверте, у XXI столітті ризики поширення нових інфекцій зростають на тлі зміни клімату, урбанізації, деградації довкілля, масової міграції, зоонозних хвороб і антимікробної резистентності. Прогнозування таких загроз вимагає інтегрованого підходу, втіленого в концепції One Health, що поєднує здоров'я людей, тварин і екосистем.

По-п’яте, новітні цифрові технології, зокрема системи моніторингу, великі дані та штучний інтелект, відкривають нові горизонти у сфері раннього попередження про загрози. Але водночас породжують і нові етичні дилеми, пов’язані з конфіденційністю, контролем і нерівним доступом до технологій.

По-шосте, пандемії неминуче висвітлюють глибокі соціальні протиріччя — нерівність у доступі до медичних благ, зростання недовіри до наукових інституцій, суперечність між безпекою й дотриманням прав людини. Ситуація ускладнюється вразливістю певних груп населення, поширенням дезінформації та зниженням загального рівня наукової культури.

По-сьоме, український досвід засвідчив як структурні слабкості системи охорони здоров’я, так і здатність суспільства до мобілізації в умовах кризи. Особливу роль відіграє й зовнішньополітичний контекст — війна, міграція, інтеграційні процеси з ЄС — які впливають на характер реагування на епідеміологічні загрози.

Отже, пандемії — це не лише медичний виклик, а дзеркало загального стану суспільства. Вони змушують переглянути межі між приватним і публічним, між правом і обов’язком, між наукою і політикою. Усвідомлення цього багатовимірного впливу має стати основою для формування стійкішої, справедливішої та науково обґрунтованої політики на майбутнє.

У процесі виконання дослідницької роботи, на нашу думку — поставлена у вступі мета була досягнута, а всі дослідницькі завдання — виконано в повному обсязі. Проведене міждисциплінарне дослідження підтвердило, що пандемії та епідемії ХХ століття слід розглядати не лише як медичні явища, але і як складні соціальні, політичні та моральні виклики.

Ми дійшли спільного висновку, що пандемії є своєрідним дзеркалом суспільної стійкості, адже вони виявляють вразливі місця соціальних структур, глибину нерівностей, ефективність державних механізмів реагування та рівень довіри до науки. Такі події виступають також індикаторами політичної ефективності, оскільки масштаб кризи та її

наслідки безпосередньо залежать від швидкості, прозорості та цілісності державної політики.

Окрім того, у спільному аналізі ми підкреслили, що пандемії є викликом для глобальної солідарності. Доступ до медичних технологій, спроможність міжнародних інституцій координувати дії та потреба в загальнолюдських підходах до захисту здоров’я — це не менш важливі питання, ніж сама боротьба з вірусом.

Ми вважаємо, що майбутні дослідження у цій сфері мають розширювати горизонти аналізу: шукати не тільки відповідей на питання «як лікувати», але й «як запобігати», «як управляти ризиками», «як формувати довіру» та «як забезпечити справедливість у кризових умовах».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Банах, Л. І. (2020). Права людини та безпека в умовах пандемії: аналіз нормативного регулювання в Україні. Правова Україна, 8(3), с. 12–19.

2. Бойко Ю. Асоціації ВІЛ-інфікованих: роль у підтримці соціальної інтеграції / Ю. Бойко. – К. : Вид. дім «Крок», 2011. – 119 с.

3. Бондаренко І. М. Суспільна недовіра до науки та її вплив на політику охорони здоров'я в Україні / І. М. Бондаренко // Український медичний журнал. — 2019. — № 7(2). — С. 22-28.

4. Брукс, С. К., Вебстер, Р. К., Сміт, Л. Е. та ін. Психологічний вплив карантину та як його зменшити: швидкий огляд доказів // The Lancet. – 2020. – Т. 395, №10227. – С. 912–920.

5. Водоляжський С. П. Еволюція системи охорони здоров’я в країнах Європи у ХХ столітті. – Київ : Наукова думка, 2005. – 248 с.

6. Всесвітня організація охорони здоров’я. Ухвалено історичну угоду про пандемії для створення більш справедливого та безпечного світу в майбутньому [Електронний ресурс] // WHO News. – 2025. – 20 травня. – Режим доступу: https://www.who.int/news/item/20-05-2025-world-health-assembly-adopts-historic-pandemic-agreement-to-make-the-world-more-equitable-and-safer-from-future-pandemics

7. Гаврилюк О. М. Історія медицини в Україні у ХХ ст.: соціальні та політичні аспекти // Український історичний журнал. — 2018. — № 4. — С. 62–78

8. Герасимова Л.А. Глобальні пандемії ХХ століття. — Харків: ХНУ, 2014. — С. 272

9. Гнатюк О. В. Комунікаційні стратегії держави в умовах пандемії: соціальна ефективність та ризики дезінформації. – Київ: НДІ соціології, 2021. – 116 с.

10. Головаха, Є. І., Паніна, Н. В. Соціальні наслідки пандемії: стреси, страхи і адаптація // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. – 2020. – №3. – С. 5–18.

11. Грабовський С.Ф. Епідемії в історії людства. — К.: Наукова думка, 2011. — С. 207

12. Гриньова, Т. В. (2020). Право людини на безпеку та право на приватність: Баланс у контексті пандемії COVID-19. Право та суспільство, 2(4), с. 44–50.

13. Грік Ф. Історія боротьби з хворобами. — Київ: Наукова думка, 2002. — 345 с.

14. Енциклопедія сучасної України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://esu.com.ua/article-886051.

15. Жовтан О. Соціальні наслідки епідемії ВІЛ/СНІД в Україні / О. Жовтан. – К. : Інститут соціальних досліджень, 2005. – 152 с.

16. Задорожна В.І. Міжнародна співпраця у боротьбі з інфекціями. — Львів: ЛНУ, 2015. — С. 118

17. Задорожна В.І. та ін. Поліомієліт: імунопрофілактика та її вплив на еволюцію епідемічного процесу. — К.: ДІА, 2012. — С. 89-91

18. Задорожна В.І. та ін. Сьогоднішні проблеми поліомієліту. Ситуація у світі та Україні. Шляхи вирішення. — Превентивна медицина: теорія і практика, 2023. — №2(2). — С. 390)

19. Задорожна В.І., Краснов Ю.М., Перцева Т.О. та ін. ВІЛ-інфекція/СНІД в Україні: поширення, профілактика, лікування. – Київ: ДІА, 2010. – 168 с

20. Задорожна В.І., Носенко І.В. Сучасні аспекти антиретровірусної терапії в Україні // Український медичний часопис. – 2015. – № 4(104). – С. 43–47.

21. Климова Н. С. Епідеміологічна служба в Україні: становлення, трансформація, виклики сучасності // Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень. — 2020. — № 3. — С. 101–112

22. Коваленко І.С. COVID-19 і соціальні трансформації. — Київ: Видавництво, 2020. — С. 214

23. Коваленко О. ВІЛ і наркозалежність: стратегії профілактики та лікування / О. Коваленко, І. Стеценко. – Одеса : Одеський мед. ун-т, 2010. – 137 с.

24. Ковальчук В. М. Медико-соціальні аспекти СНІДу в Україні / В. М. Ковальчук. – Чернівці : Чернівецький нац. ун-т, 2007. – 198 с.

25. Ковальчук І. М. Реакція уряду України на пандемію COVID-19: оцінка ефективності та суспільні наслідки / І. М. Ковальчук // Актуальні проблеми державного управління. – 2021. – № 1. – С. 15–21.

26. Ковальчук Л.І. Вакцинація в епідемічному процесі. — Київ: ВСВ "Медицина", 2011. — С. 198

27. Ковальчук Л.Я. Історія медицини. — К.: ВСВ "Медицина", 2013. — С. 378

28. Козубенко О. І. Історія епідемії, або Чому грип назвали «іспанським» і як він знищив Німецьку імперію / Олександр Козубенко // АрміяInform. – 2021. – 24 березня. – Режим доступу: https://armyinform.com.ua/2021/03/24/istoriya-epidemiyi-abo-chomu-gryp-nazvaly-ispanskym-i-yak-vin-znyshhyv-nimeczku-imperiyu/

29. Крамарьов С.О. Інфекційні хвороби у дітей: підручник. — К.: ВСВ "Медицина", 2012. — С. 452

30. Кудінов Д. Спалах епідемії «іспанського грипу» в Сумському повіті у 1918 році: причини поширення та спроби боротьби з інфекцією. Історія Сумщини, 2021.

31. Курпіта Р. В. Управління карантинними заходами в умовах пандемії COVID-19 / Р. В. Курпіта // Медична стратегія. – 2020. – № 2 (12). – С. 24–30.

32. Левченко О. Культурні ініціативи в боротьбі з ВІЛ/СНІДом: роль кінематографу та літератури / О. Левченко. – К. : Наука, 2013. – 160 с.

33. Малишев В.А. Інфекційні захворювання в Україні: 1960-ті роки. — Київ: Вища школа, 2010. — С. 211

34. Марочко В. І. Соціальні аспекти епідемій в УСРР 1920–1930-х рр. // Проблеми історії України XX ст. — 2017. — Вип. 26. — С. 44–58

35. Медична енциклопедія онлайн [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://medical-enc.com.ua/epidemia.htm.

36. Михайлов М.П. Медійний простір і соціальна поведінка під час епідемій. — Київ: НАН України, 2017. — С. 94

37. Міністерство охорони здоров'я України. Річний звіт про діяльність у сфері протидії COVID-19. – Київ: МОЗ, 2021. – 58 с.

38. Міхєєв А. О. «Іспанський грип, або "іспанка". 100 років потому» // Бучанський медичний вісник. — 2018. — Вип. 22, ч. 3. — С. 24–30.

39. Орлов В. І. Довіра до медичних інституцій: виклики та перспективи в умовах глобальних пандемій / В. І. Орлов // Наукові праці з медицини. — 2020. — Т. 12, № 4. — С. 45-53.

40. Петрівська І.В. Охорона здоров'я в Україні у XX столітті. — Київ: Видавництво "Здоров'я", 2012. — С. 115

41. Петрівський І.В. Грип та інші респіраторні інфекції. — Львів: ЛНУ, 2012. — С. 191

42. Петрова Н.І. Історія інфекційних хвороб. — Київ: Академія, 2010. — С. 256

43. Пономаренко О.М. Антиретровірусна терапія в Україні: сучасний стан і виклики // Інфекційні хвороби. – 2020. – № 3(101). – С. 5–10.

44. Терещенко О. С. Адаптивний карантин як модель державного управління в умовах пандемії / О. С. Терещенко // Публічне управління: теорія та практика. – 2020. – № 3 (23). – С. 78–84.

45. Тимошенко О.Л. Медійні стратегії в умовах пандемії. — Львів: ЛНУ, 2012. — С. 176

46. Тимченко М.О. Аналіз пандемій грипу та їхніх наслідків. — Київ: Інститут медицини, 2016. — С. 97

47. Фармацевтична енциклопедія [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2352/endemiya.

48. Фармацевтична енциклопедія [Електронний ресурс] / За ред. чл.-кор. НАН України О.В. Тихонова. – Режим доступу: https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2362/epidemiya.

49. Холмс, Е. А., О'Коннор, Р. С., Перрі, В. Х. та ін. Психіатричні пріоритети досліджень у зв'язку з COVID-19 // The Lancet Psychiatry. – 2020. – Т. 7, №6. – С. 547–560.

50. Центр громадського здоров’я МОЗ України. Огляд вакцинації проти COVID-19 в Україні. — 2022. — [Електронний ресурс] — Режим доступу: https://phc.org.ua/

51. Чернишова О.С. ВІЛ-інфекція у дітей: клініка, діагностика, лікування. – К.: Медицина, 2009. – 144 с.

52. Чернишова О.С. Епідеміологія та специфічна профілактика поліомієліту. — К.: Здоров’я, 2008. — С. 26–27

53. Шевчук І. В. Карантин як соціальна практика в умовах пандемій: історичний та сучасний контекст / І. В. Шевчук // Громадське здоров’я: виклики XXI століття. – Київ: Наука, 2021. – С. 54–63.

54. Шевчук, І. М. Пандемія як новий виклик для прав людини та державної політики: перспективи розвитку в Україні. Юридичний вісник, 2020 5(2), с. 77–85.

55. Щорічні доповіді з питань ВІЛ-інфекції. – К.: Міністерство охорони здоров’я України, 2010–2020

56. Atabaki T. Spanish flu: How the world changed in the aftermath of the 1918–1919 pandemic / Touraj Atabaki // Blog | International Institute of Social History (IISG). – 2020. – 28 травня. – Режим доступу: https://iisg.amsterdam/en/blog/spanish-flu-how-world-changed

57. Bogoch, I., Watts, A., Thomas-Bachli, A., Huber, C., Kraemer, M., Khan, K. Pneumonia of unknown aetiology in Wuhan, China: potential for international

spread via commercial air travel // Journal of Travel Medicine. – 2020. – Vol. 27(2).

58. Chen, L., Xu, Q. (2021). HIV/AIDS and Public Health Responses in Southeast Asia. Asian Journal of Public Health, 45(2), 112-120.

59. Cho H., Ippolito D., Yu Y. W. Contact tracing mobile apps for COVID-19: Privacy considerations and related trade-offs [Електронний ресурс] // arXiv. – 2020. – Режим доступу: https://arxiv.org/abs/2003.11511

60. Colwell, R. R. (2008). Глобальне потепління і холера: мікроорганізми як індикатори клімату // Scientific American, № 10, с. 44–51.

61. European Centre for Disease Prevention and Control. Historical review of public health responses to epidemics in Europe. – Stockholm : ECDC, 2021. – 56 p.

62. Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. — Berkeley: University of California Press, 2005

63. Fauci A.S., Lane H.C. HIV/AIDS: 40 Years of Progress // The New England Journal of Medicine. – 2021. – Vol. 385. – P. 601–604

64. Fenner F., Henderson D. A., Arita I., Jezek Z., Ladnyi I. D. Smallpox and Its Eradication. — Geneva: WHO, 1988.

65. Gallo R. C. Virus Hunting: AIDS, Cancer, and the Human Retrovirus. — New York: Basic Books, 2006.

66. Gostin, L. O., Monahan, J. The National Response to HIV/AIDS: Public Health Law and Policy. American Journal of Public Health, 93(7), 1079-1087, 2003

67. Hatchett R. J. Public health interventions and epidemic intensity during the 1918 influenza pandemic / R. J. Hatchett, C. E. Mecher, M. Lipsitch // Proceedings of the National Academy of Sciences. – 2007. – Vol. 104, №18. – P. 7582–7587

68. Honigsbaum M. The Pandemic Century: One Hundred Years of Panic, Hysteria and Hubris. — London: W. W. Norton, 2019

69. Ikegami N., Campbell J. Japan's Health Care System: Containing Costs and Attempting Reform // Health Affairs. 2004. № 23(3). C. 26–36.)

70. International Organization for Migration. Migration and Health: Addressing current challenges. Geneva: IOM, 2019.

71. Jones M.-A. "Destroyer and Teacher": Managing the Masses During the 1918–1919 Influenza Pandemic / Marian Moser Jones // Public Health Reports. – 2010. – Vol. 125, Suppl. 3. – P. 48–62.

72. Jones, K. E., Patel, N. G., Levy, M. A., Storeygard, A., Balk, D., Gittleman, J. L., Daszak, P. Global trends in emerging infectious diseases. Nature, 2008, vol. 451, pp. 990–993

73. Krammer F. SARS-CoV-2 Vaccines in Development // Nature. — 2020. — Vol. 586. — P. 516–527.

74. Lee B. Y., Haidari L. A., Lee M. S. Modelling and scenario analysis in public health preparedness // BMJ Global Health. – 2020. – Vol. 5(2).

75. Markel H. Politics, pushback, and pandemics: Challenges to public health orders in the 1918 influenza pandemic / Howard Markel, J. A. Rosenberg, A. M. Stern // American Journal of Public Health. – 2007. – Vol. 97, Suppl. 1. – P. S69–S76.

76. Morens D. M., Fauci A. S. The 1918 Influenza Pandemic: Insights for the 21st Century // The Journal of Infectious Diseases. — 2007. — Vol. 195. — P. 1018–1028.

77. OECD. Health Care Systems in Transition: The United States of America. OECD, 1992. 84 p.

78. Ryan, S. J., Carlson, C. J., Mordecai, E. A., Johnson, L. R. (2019). Глобальні моделі поширення хвороб, переносимих комахами // Nature Communications, № 10, с. 1–12.

79. Saltman R. B., Figueras J. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. WHO, 1997. 245 p.

80. Snowden F. M. Epidemics and Society: From the Black Death to the Present. — New Haven: Yale University Press, 2019

81. Tangwa, G. B. Globalization and emerging diseases: The case of HIV/AIDS in Africa. Nairobi: African Institute for Health & Development, 2004. 64 p.

82. UNAIDS. Ukraine Country Progress Report on HIV/AIDS Response. — Geneva: UNAIDS, 2010.

83. United Nations General Assembly. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. — A/RES/S-26/2, 2001

84. United Nations High Commissioner for Refugees. Polio outbreak in Syria and Iraq: a regional emergency response. Geneva: UNHCR, 2014.

85. World Health Organization. A brief history of tuberculosis control in India. Geneva: WHO, 2010. 34 p.

86. World Health Organization. Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: Interim guidance. – Geneva: WHO, 2021. – 17 p.

87. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva: WHO, 2015.

88. World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. – Geneva : WHO, 1980. – 85 p.

89. World Health Organization. Health systems in Africa: community perceptions and perspectives. Geneva: WHO, 2012. 86 p.

90. World Health Organization. No time to wait: securing the future from drug-resistant infections. Geneva: WHO, 2019