

УДК 007 : 32 : 316.77; 32 : 070; 32.049.5

№ держреєстрації 0120U104803

Інв. №

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет (СумДУ)
40007, Суми, вул. Римського-Корсакова, 2; тел. (0542) 33-41-08
Факс. 33-40-49; e-mail: info@nis.sumdu.edu.ua

ЗАТВЕРДЖУЮ
Ректор Сумського
державного університету
кандидат ф-м наук, доцент
_____ В. Д. КАРПУША
« ____ » _____ 2021 р.

ЗВІТ

про науково-дослідну роботу
за договором від 17.05.2021 р. № 179/01/0372

СПЕЦІАЛІЗОВАНА СИСТЕМА МЕДИЧНОГО ІНФОРМУВАННЯ ТА БЕЗПЕКА ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЙ, КРИЗ, ІНШИХ СУСПІЛЬНИХ ПОТРЯСІНЬ: ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ СОЦІОКОМУНІКАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ

грантова підтримка Національного фонду досліджень України
у межах конкурсу «Наука та безпека людини та суспільства»

(проміжний)

Етап 1. Пандемії та постпандемії: вироблення і споживання спеціалізованої
інформації; стан громадської думки

Науковий керівник НДР,
д-р наук із соц. комунік., доцент

В. О. Садівничий

2021

СПИСОК АВТОРІВ

Керівник НДР, головний науковий співробітник	<u>2021.08.26</u>	В. О. Садівничий (загальне керівництво, реферат, вступ, участь у підрозділах 1.5, 1.6, висновки, додатки)
Провідний науковий співробітник	<u>2021.08.26</u>	Я. В. Яненко (підрозділ 1.6, висновки)
Старший науковий співробітник	<u>2021.08.26</u>	Ю. К. Васильєв (підрозділ 1.4, висновки, додатки)
Старший науковий співробітник	<u>2021.08.26</u>	А. М. Костенко (підрозділ 1.1, підрозділ 1.3, висновки)
Старший науковий співробітник	<u>2021.08.26</u>	Г. В. Чуланова (підрозділ 1.2, підрозділ 1.5, висновки)
Молодший науковий співробітник	<u>2021.08.26</u>	Т. С. Мостіпан (участь у підрозділах 1.1 та 1.3)
Лаборант	<u>2021.08.26</u>	А. С. Дєдова (участь у підрозділі 1.1, оформлення звіту)
Лаборант	<u>2021.08.26</u>	Д. В. Зубар (участь у підрозділі 1.3, оформлення звіту)

РЕФЕРАТ

Звіт про НДР: 101 с., 3 дод., 75 джерел.

ПАНДЕМІЯ COVID-19, ГРОМАДСЬКА ДУМКА, ДЕЗІНФОРМАЦІЯ, ДЕОНТОЛОГІЯ, ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОЛЕ, СПЕЦІАЛІЗОВАНЕ МЕДИЧНЕ ІНФОРМУВАННЯ.

Об’єкт дослідження – національний інформаційний простір, зокрема такий його сегмент, як спеціалізована медична інформація.

Предметом дослідження визначено типологічні характеристики, функціонально-змістові та проблемно-тематичні особливості, комунікативно-прагматичні складники медіаконтенту щодо перебігу пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2.

Мета дослідження: Побудувати науково обґрунтовану, цілісну, багатоконпонентну, експериментально перевірену, безпекову модель соціальної комунікації в системі спеціалізованого медичного інформування, здатну комплексно здійснювати інформаційні кампанії в періоди соціальних потрясінь та надзвичайних ситуацій, викликаних епідеміями, пандеміями, зооантропонозами, явищами природного чи техногенного характеру.

Методика дослідження. Здобуття наукових результатів базується на соціокомунікаційному, журналістикознавчому, фактологічному, лінгвістичному, тематико-проблематичному, логіко-понятійному, соціологічному, філософському аналізі наукових, навчальних, публіцистичних та інформаційних матеріалів, присвячених спеціалізованому медичному інформуванню у період пандемії. Використано емпіричні методи досліджень: опитування, фокус-групові дослідження серед експертів системи охорони здоров’я, контент-аналіз медіаповідомлень.

У результаті виконання другого етапу проєкту виявлено сучасний стан і тенденції перманентної взаємодії процесів вироблення і споживання спеціалізованої медичної інформації та чинники впливу пандемії на стан національного інформаційного простору; визначено чинники впливу пандемії на стан національного інформаційного простору.

Зміст

Вступ	5
1. Пандемії та постпандемії: вироблення і споживання спеціалізованої інформації; стан громадської думки	7
1.1. Страху та побоювання українців, пов'язані з COVID-19	7
1.2. Основні міжнародні групи наслідків, пов'язаних із пандемією COVID-19	30
1.3. Дезінформація: найпоширеніші тематики	35
1.4. Пандемія COVID та питання медичної деонтології	50
1.5. Стратегії наповнення інформаційного поля	53
1.6. Модель засобів спеціалізованого медичного інформування	62
Висновки	83
Список джерел посилання	86
Додатки	94

ВСТУП

Пандемія гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, стала викликом для всього суспільства. Одне з найбільших навантажень, після представників медичної галузі, лягло на засоби масової інформації. Адже на основі поширюваної ними інформації кожна конкретна людина випрацьовує принципи та норми власної життєдіяльності, а суспільство в цілому вибудовує модель розвитку. І це є одним із головних чинників формування безпекової поведінки особистості в періоди суспільних потрясінь.

Об'єкт дослідження – національний інформаційний простір, зокрема такий його сегмент, як спеціалізована медична інформація.

Предметом дослідження визначено типологічні характеристики, функціонально-змістові та проблемно-тематичні особливості, комунікативно-прагматичні складники медіаконтенту щодо перебігу пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2.

Кількість та якість матеріалів, що з'явилися в медіа на тему вірусу COVID-19, а також їх тематичне спрямування та коло охоплених проблем, жанрова складова, дотримання/недотримання авторами стандартів новинної журналістики та багато інших аспектів створення і подачі контенту стали широким полем для журналістикознавців та фахівців із соціальних комунікацій. Різноматичних досліджень, як в Україні, так і за кордоном, з'явилося досить аж немало.

Однак важливе значення для розуміння ситуації має вивчення стану спеціалізованого медичного інформаційного простору в період пандемії та постпандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19.

Тож головні завдання у рамках реалізації другого етапу проекту полягали у:
– виявленні сучасного стану й тенденцій перманентної взаємодії процесів вироблення і споживання спеціалізованої медичної інформації та чинників впливу пандемії на стан національного інформаційного простору;

– визначенні чинників впливу пандемії на стан національного інформаційного простору.

Здобуття наукових результатів базується на соціокомунікаційному, журналістикознавчому, фактологічному, лінгвістичному, тематико-проблематичному, логіко-понятійному, соціологічному, філософському аналізі наукових, навчальних, публіцистичних та інформаційних матеріалів, присвячених спеціалізованому медичному інформуванню у період пандемії. Використано емпіричні методи досліджень: опитування, фокус-групові дослідження серед експертів системи охорони здоров'я, контент-аналіз медіаповідомлень.

Індикатори виконання другого етапу проєкту:

1. На соціологічному рівні та в процесі фокус-групових дискусій вивчено страхи та побоювання українців, пов'язані з COVID-19.

2. Теоретично обґрунтовані основні міжнародні групи наслідків, пов'язаних із пандемією COVID-19.

3. Визначені найпоширеніші тематики дезінформації.

4. Розроблено модель засобів спеціалізованого медичного інформування.

4. Опубліковано 4 науково-дослідні статті, результати поширені на 4 наукових конференціях (Додаток А).

5. Уточнено бази даних із статистичними показниками, які використовуються у проведенні досліджень та підготовки аналітичних рекомендацій; оновлюється інформація на сторінці проєкту (Додаток Б).

6. Основні питання проєкту введені в навчальний процес за спеціальностями 061 «Журналістика» (практичні завдання та курсова робота з дисципліни «Теорія, методика і практика журналістської творчості»); 231 «Соціальна робота» (курс «Методи соціальних досліджень») та 229 «Громадське здоров'я» (курси «Медична соціологія», «Громадське здоров'я в практиці. Соціологія здоров'я», «Системи охорони здоров'я. Основи соціальної та медичної політики»; кваліфікаційні роботи для здобуття ступеня бакалавра – Додаток В).

1. ПАНДЕМІЇ ТА ПОСТПАНДЕМІЇ: ВИРОБЛЕННЯ І СПОЖИВАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ІНФОРМАЦІЇ; СТАН ГРОМАДСЬКОЇ ДУМКИ

1.1. Страху та побоювання українців, пов'язані з COVID-19

Центром соціальних досліджень Сумського державного університету проведено Всеукраїнське опитування з метою аналізу чинників, які зумовлюють поведінку людей в період пандемії, зокрема у частині дотримання/недотримання карантинних обмежень. Результати опубліковані: Звіт за результатами соціологічного опитування «Мотивація дотримання/ недотримання населенням України карантинних обмежень». Суми: СумДУ, 2021. 49 с. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/82443/1/Zvit_COVID.pdf [1].

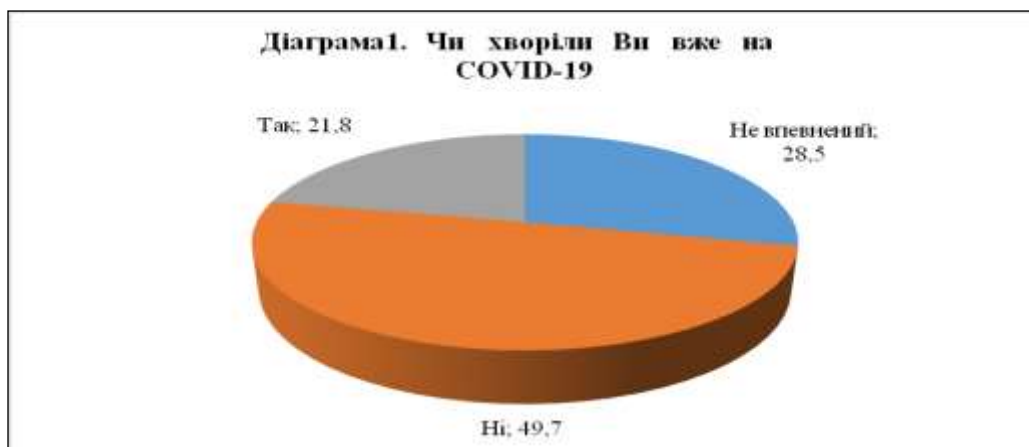
Пандемія коронавірусу поєднує в собі невидимість загрози та невизначеність ситуації, що спричиняє страхи, побоювання й стрес серед населення через ризик захворіти та неможливість повернутись до звичного ритму життя. Поряд з цим у масовій свідомості формуються захисні установки пов'язані з очікуваннями швидкого вирішення проблем: швидкого подолання пандемії, появи нових ліків, здатних радикально приборкати вірус, або ж якихось організаційно-профілактичних заходів, які не вимагатимуть від пересічних громадян значних зусиль, проте дозволять швидко взяти ситуацію під контроль. Сьогодні вже стало очевидним, що навіть розробка вакцини та масові щеплення навряд чи будуть здатні швидко й остаточно подолати пандемію та вивести ситуацію на «доковідний» рівень. За таких умов особливої уваги потребують процеси формування мотивів поведінки населення у їх співвіднесенні до визнання масштабів загрози як для себе, так і для свого найближчого оточення, що суттєво впливає на готовність виконувати вимоги карантину.

Під час опитування охоплено 1700 респондентів віком від 18 років і старше.

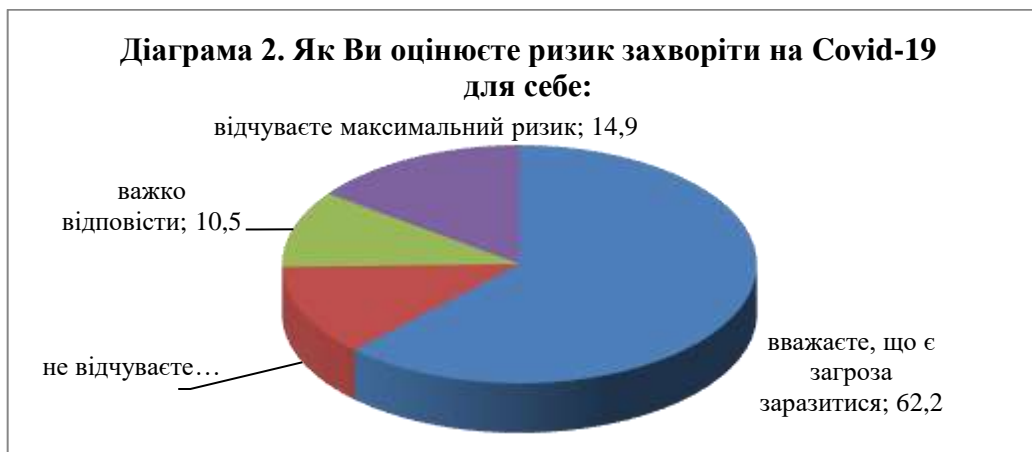
Результати засвідчили [1] початок **формування колективного імунітету**. Так, кожен/на п'ятий/та з опитаних українців (21,8%) зазначають, що вже

перехворіли на COVID-19, а 28,5% не можуть надати однозначної відповіді. 49,7% опитаних впевнено заявили про те, що не хворіли на COVID-19 (Діаграма 1).

За відсутності масового тестування населення можна припустити, що серед другої групи опитаних – «не впевнених» є частина населення, яка також перехворіла у легкій чи середній формі складності й при цьому не зверталася за медичною допомогою чи не робили тести.



Близько 77 % опитаних так чи інакше підтверджують загрозу для себе заразитися на Covid-19, із них відчують загрозу заразитися 62,2%, а 14,9% відчують максимальний ризик. Лише 12,4% опитаних зазначили, що не відчують ризику заразитися на Covid-19 (Діаграма 2).

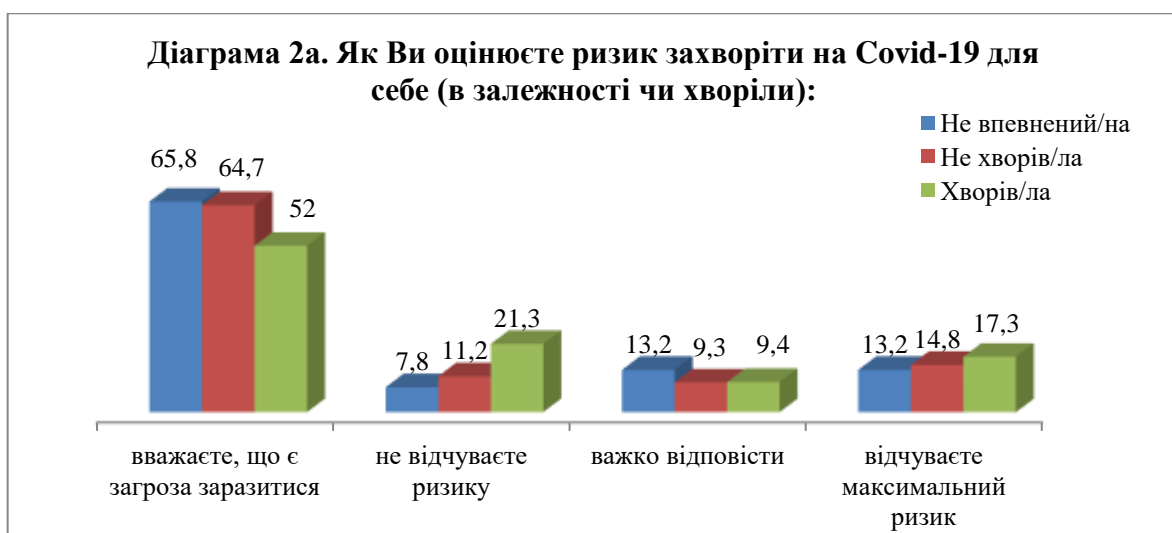


Після одужання громадяни схильні покладатися на сформовані антитіла до вірусу та відчують менший страх заразитися, що може призводити до їх ризикованої поведінки. Ця обставина може негативно впливати на додержання

обмежувальних заходів серед населення, яке перехворіло на Covid-19 – відмова від використання індивідуальних засобів захисту та дотримання фізичної дистанції.

Так, у питаннях оцінки ризику захворіти виявлено значну різницю між громадянами, які вже перехворіли на COVID-19 та тими, хто не хворіли, або не впевнені. Якщо серед тих, хто хворіли лише 52% відчують загрозу повторно заразитися, то серед тих, хто не хворіли та не впевнені – близько 65,8%.

У той же час серед тих, хто хворів, більший відсоток громадян (17,3%), які відчують максимальний ризик заразитися. Зазначена тенденція може пояснюватися вже набутим досвідом боротьби з недугою та/або отриманими ускладненнями під час хвороби чи після неї.



Зазначені результати також підтвержені під час проведення фокус-групових інтерв'ю, зокрема:

- якщо учасники або не хворіли, або перехворіли у легкій формі, то для себе оцінюють рівень загрози від пандемії Covid-19 **посередньо (5-7 балів** за шкалою від 1 до 10, де 1 – не відчують загрози, а 10 – відчують страх).

«Мабуть, для себе оцінюю на 7 балів, через специфіку роботи – це суди, велика кількість людей, велике коло спілкування. Тому розумію, що загроза є. Намагаюся не ігнорувати певних елементарних засобів захисту. Плюс імунітет – слідкую за своїм харчуванням, дотримуюся режиму, намагаюся бути фізично активною».

«Через специфіки роботи, коли доводиться спілкуватися із великою кількістю людей, через те, що я спілкуюся із колегами, необхідно їздити в транспорті, то загрозу оцінюю в 7-8 балів».

«Для себе оцінюю у 7-8 балів, бо є твердження, що молодь (до 40-45 років) досить легко хворіють. Але знаю, що після ковіду може бути багато ускладнень. Причому ці ускладнення можуть не стосуватися ні легень, ані серця. Навіть якщо ти перехвориєш без симптомів, ти не знаєш які наслідки будуть для організму. Я маю декількох знайомих, у яких почалися проблеми зі здоров'ям після того, як вони перехворіли навіть без симптомів. У них з'явилися проблеми, яких раніше не було. І лікарі говорять, що це може бути наслідком ковіду».

«Рівень загрози для себе оцінюю у 8 балів. Тривога є не стільки щодо можливості померти від Ковід-19, скільки щодо тяжкого протікання хвороби та її наслідків».

«Я сама перехворіла досить легко. Проте мої близькі перенесли хворобу важко, а батько помер. У мене є розуміння, що хвороба може повернутись. Тому оцінюю загрозу для себе у 8 балів».

- Якщо учасники або перехворіли у важкій формі, або мають хронічні захворювання, то для себе оцінюють рівень загрози від епідемії Covid-19 критично високо (9-10 балів за шкалою від 1 до 10, де 1 – не відчують загрози, а 10 – відчують страх).

«Оцінюю рівень загрози від Covid для себе у 9 балів. Я вже хворію третій тиждень. Мала високу температуру протягом кількох днів - 39,4. Наразі відчую слабість. Хворіє також брат і мама. Час від часу напливав страх щодо можливості померти від Covid -19».

«Страх оцінюю на 10 балів. Особливо вираженим цей рівень був на початку хвороби, коли було дуже погано, висока температура, а лікар не брав трубку. Ви-явилось, що вона сама хворіла. Це був реальний страх – залишитись без допомоги. І навіть померти. Страх залишився».

«Рівень загрози оцінюю у 10 балів, і не тільки щодо зараження та тяжкого протікання хвороби, але і щодо можливості померти від Covid-19. Не розумієш як організм відреагує на інфекцію, які хронічні хвороби загостряться».

«Оцінюю ситуацію на 10 оскільки сама важко перенесла хворобу. Особливо страшно було на початку, коли не було можливості отримати допомогу. Найбільше труднощів виникало на етапі звернення до сімейного лікаря та на етапі госпіталізації».

Під час фокус-групових інтерв'ю також підтверджена загроза зараження для сімей, які проживають декількома поколіннями.

«Коли я захворів, то на наступний день захворіли і всі мої близькі – і дружина, і дочка із зятем, і внуки. У дружини хвороба протікала складно, бо відразу проявили себе супутні хвороби. Ми обоє потрапили до лікарні. Тому якщо сім'я живе разом і об'єднана одним побутом, то загроза захворіти всім дуже велика».

Чоловіки схильні ігнорувати ризики зараження і менш свідомо та менш відповідально ставляться до власного здоров'я. Так, за результатами анкетування можемо виявити кореляцію ризику захворіти особисто на COVID-19 зі статтю респондентів, зокрема, відмічаємо майже в два рази нижчий рівень відчуття ризику у чоловіків (16,9% чоловіків зазначили позицію «Не відчуваю ризику» і лише 9,7% жінок). Також чоловіки рідше за жінок відчують максимальний ризик захворіти особисто (Таблиця 1).

Таблиця 1. Оцінка ризику захворіти особисто на COVID-19 (у залежності від статі)

Стать	Відчуваю максимальний ризик	Загроза заразитися є	Не відчуваю ризику	Важко відповісти
Чоловіки	11,9	59,3	16,9	11,9
Жінки	16,7	64	9,7	9,6

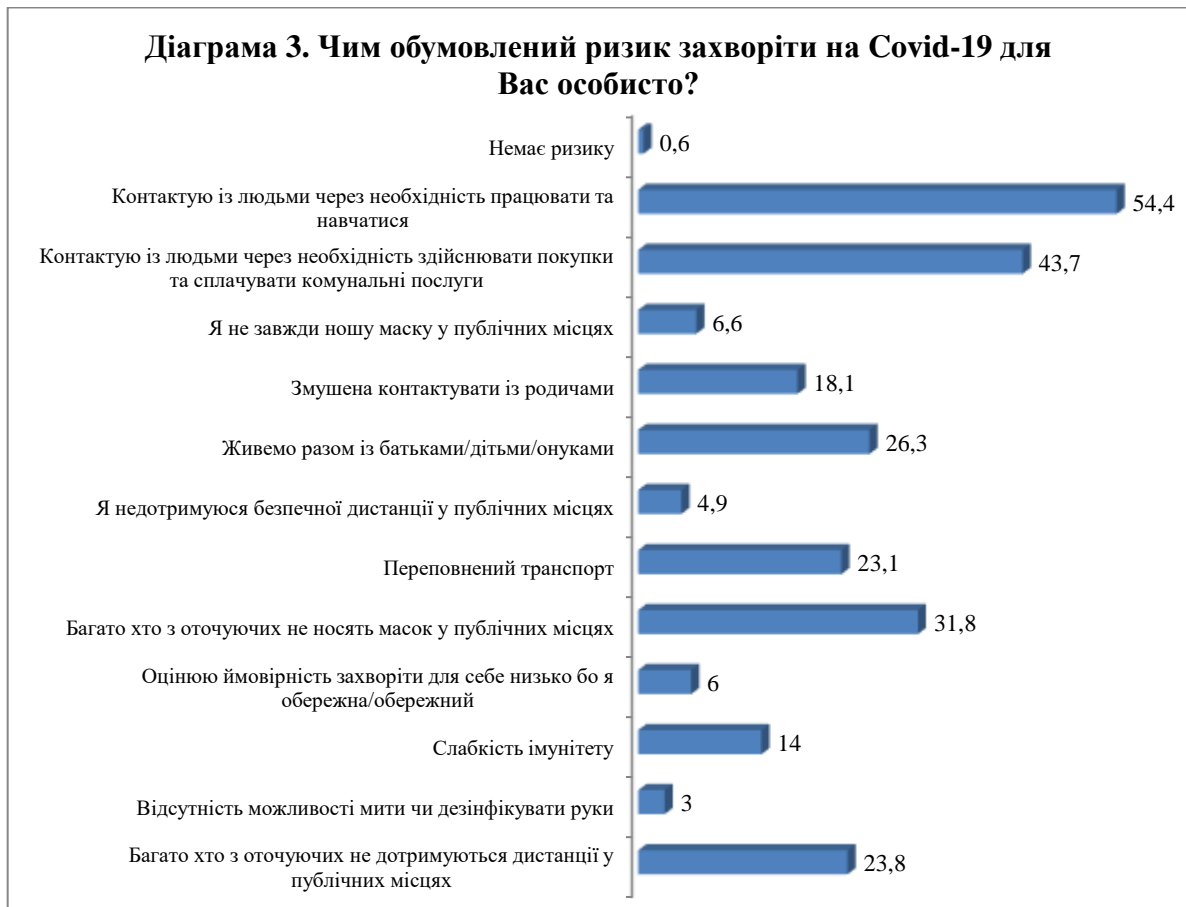
Відсутність безпечних умов на роботі, в громадських місцях та транспорті, зокрема через неможливість уникнення тісних фізичних контактів, на думку українців, створюють основні ризики заразитися на Covid-19.

Оцінюючи ризик особисто захворіти на COVID-19, респонденти виділили наступні передумови: **контакти з людьми через необхідність працювати (54,4%);**

контакти з людьми через необхідність здійснювати покупки та платежі (43,7%); відсутність захисних масок у оточуючих (31,8%).

Досить значимими є також причини щодо підвищеної загрози заразитися через: живемо разом із батьками/дітьми/онуками (26,3%); багато оточуючих не дотримуються дистанції в публічних місцях (23,8%); переповнений громадський транспорт (23,1%).

Найменш вираженою є вірогідність захворіти через **відсутність можливості мити та дезінфікувати руки (3%)** (Діаграма 3).



Стає очевидним, що **населення усвідомлює загрозу заразитися на Covid-19** проте потреба заробляти кошти є більш актуалізованою. І тому в ситуації **неналежної організації протиепідемічних заходів в організаціях та підприємствах, в громадських місцях та транспорті, зокрема щодо забезпечення уникнення тісних фізичних контактів, ситуація із захворюванням залишатиметься гострою.**

Населення вище оцінює загрозу заразитися для своїх рідних та близьких ніж для себе. Біля 82% опитаних в тій чи іншій мірі підтверджують загрозу для своїх рідних заразитися на Covid-19, із них відчувають загрозу зараження для рідних 64,8%, а 17,6% відчувають максимальний ризик. Лише 8,6% опитаних зазначили, що не відчувають ля рідних ризику зараження на Covid-19 (Діаграма 4).



Серед перехворівших на COVID-19 виявлено майже вдвічі більше тих, хто не відчуває ризику за своїх близьких (12,4% проти 8,3%). У той же час обидві групи опитаних погоджується з тим, що ризик від хвороби для близьких все ж таки є (біля 60%) (Таблиця 2).

Таблиця 2. Оцінка ризику захворіти на COVID-19 для близьких (у залежності від факту хвороби)

Чи хворіли Ви на COVID-19	Відчуваю максимальний ризик	Загроза є	Важко відповісти	Не відчуваю ризику
Не впевнений/на	17,9	63,8	11,9	6,4
Не хворів/ла	15,7	67,6	8,4	8,3
Хворів/ла	21,6	59,9	6,2	12,4

Під час фокус-групових інтерв'ю респонденти висловлювали тривогу за своїх рідних. Підтвердилася тенденція щодо оцінки загроз по відношенню до **рідних**, особливо що стосується **батьків та старших родичів**. Основними причинами хвилювань за рідних є – їх **вік, проживання в сільській місцевості, контакти з іншими родичами, слабкість імунітету, наявність супутніх хвороб**.

«Я найбільше хвилююся за батьків. Особливо тому, що вони живуть у селі. Сумніваюся, що вони зможуть отримати оперативну та ефективну допомогу. Крім того є супутні хвороби – це і тиск, і підвищений цукор. Тому для них цей ризик зашкалює».

«Рівень загрози для себе оцінюю у 5 балів, а от для батьків – у 10. Оскільки я сам і дружина перехворіли у середній формі, а от батько зараз ще у лікарні, і хворобу переносить досить важко».

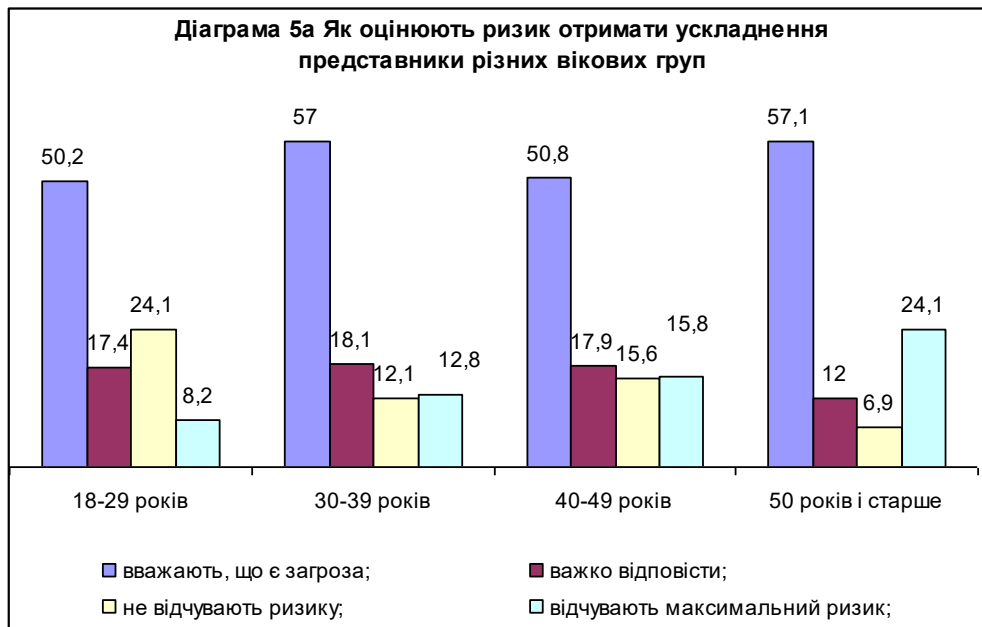
«Чесно кажучи, я і переживала саме за батьків. Чомусь була впевнена, що сама перехворію легко. А за них дуже хвилююсь. І якщо у балах, то цей страх саме від 8 до 10 балів. Тривога щодо можливих ускладнень, слабкості нашої медицини у боротьбі із хворобою. Допускаю певне небажання лікувати старших людей».



Населення недооцінює загрозу отримати ускладнення від Covid-19 для себе. Біля 69% опитаних в тій чи іншій мірі підтверджують загрозу для себе отримати ускладнення від Covid-19, із них відчують загрозу ускладнень 53,5%, а 16% відчують максимальний ризик. Досить показовим можна вважати і показник 14,4% тих, хто вважає, що такого ризику взагалі не існує (Діаграма5).

Зазначимо, що саме чоловіки більш схильні заперечувати такі ризики – 18,9% чоловіків зазначили, що взагалі не відчують для себе ризику отримати ускладнення, а серед опитаних жінок цей показник складає лише 11,7%.

Дослідження виявило певні особливості оцінок ситуації щодо ризиків ускладнень, висловлених представникам різних вікових груп опитаних. Найбільша кількість тих, хто відчуває максимальний ризик для себе отримати ускладнення від наслідків вірусу виявлено у віковій групі старше 50 років – 24% опитаних. **При цьому опитані у всіх вікових групах майже у рівній мірі оцінюють для себе ризик отримати укладення від COVID-19, зазначаючи, що є така загроза.** Хоча серед опитаних представників молоді (18-29 років) та 40-49-річних цей показник є дещо нижчими (Діаграма 5а).



Непередбачуваність хвороби, що є наслідком низького рівня її дослідження є основним чинником, що викликає занепокоєння стосовно можливих ускладнень від Covid-19. Зокрема, 54% громадян апелюють до нерозуміння того, як на вірус відреагує організм. Також значна частина респондентів побоюються непередбачуваності хвороби (43%). Ще 26% опитаних пов'язують ризик отримати ускладнення від хвороби зі слабкістю власного імунітету (Діаграма б).



Оцінка загрози від COVID-19 не має чітких кореляцій з наявним фактом перенесеної хвороби. **Респонденти обох груп опитаних (хто перехворіли і хто ще не хворіли) однаково високо оцінюють наявність загрози отримання ускладнень (51% з поміж тих, хто вже хворіли та 54% серед тих, хто не хворіли).** Однак, серед респондентів, які вже перехворіли, все-таки виявлено дещо більші відсотки тих, хто не відчуває ризику ускладнень від коронавірусу COVID-19 (Таблиця 3).

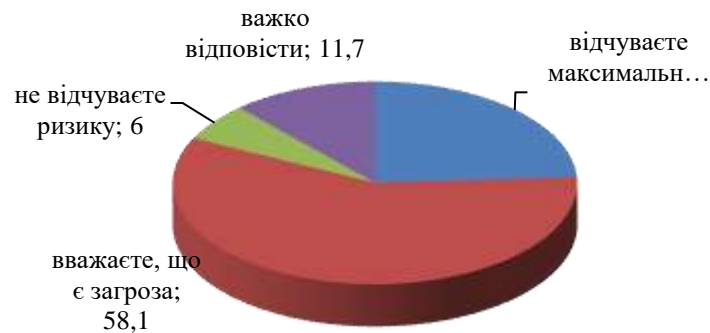
Таблиця 3. Оцінка ризику отримати ускладнення від COVID-19 (у залежності від факту хвороби)

	Відчуваю максимальний ризик	Загроза є	Не відчуваю ризику	Важко відповісти
Хворіли	14,2	51,5	18,9	12,1
Не хворіли	16,4	54,5	13,9	15,1
Не впевнені	14,2	53,3	11,9	20,6

Населення, яке перехворіло крім того що менше боїться повторно захворіти, ще й відчувають менші ризики для себе особисто отримати ускладнення від COVID-19.

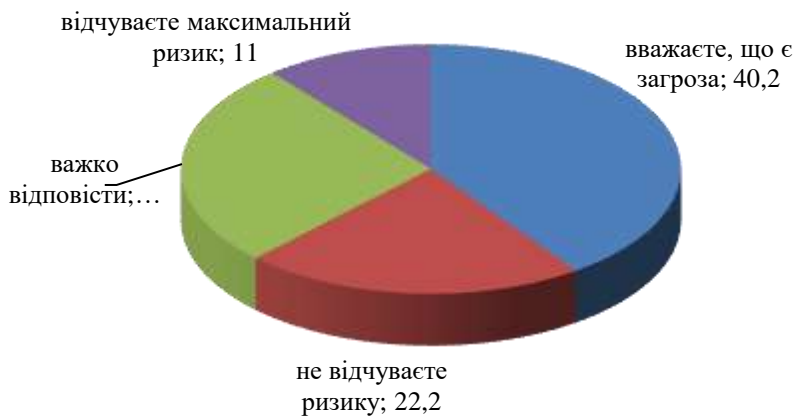
Оцінки опитаними ризиків отримати ускладнення від COVID-19 для своїх рідних є дещо вищими, аніж стосовно самих себе (Діаграма 7). Зокрема, 82% громадян в тій чи іншій мірі підтверджують загрозу для своїх рідних отримати ускладнення від Covid-19, із них відчувають загрозу ускладнень 58,1%, і аж 24,1% відчувають максимальний ризик. При цьому лише 6% опитаних зазначили, що взагалі не відчувають такого ризику.

Діаграма 7. Як Ви оцінюєте ризик отримати ускладнення від Covid-19 для своїх рідних (батьків, бабусь/дідусів)?



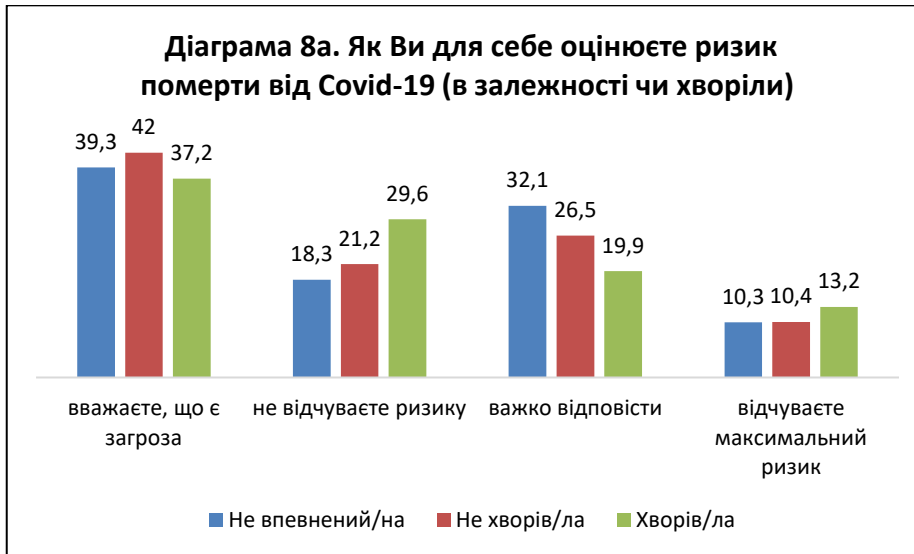
Загалом населення досить високо оцінює ризики померти від COVID-19 для себе. Так, визнають таку загрозу загалом 51% громадян, із них відчувають загрозу смерті для себе 40,2%, і ще 11% відчувають максимальний ризик. Не відчувають жодного ризику померти від COVID-19 - 22,2% опитаних. Ще 26,7% опитаних не змогли сформулювати чіткої оцінки по цьому питанню, зазначивши варіант «важко відповісти».

Діаграма 8. Як Ви для себе оцінюєте ризик померти від Covid-19?



При цьому частіше такий варіант фіксували саме жінки (29% проти 22,8% чоловіків). А чоловіки переважають серед тих, хто зазначає, що не відчуває жодного ризику померти від корона вірусу (24,9% проти 20,5% жінок).

Серед тих, хто вже перехворіли на COVID-19 майже 30% не відчувають ризику для себе померти, у той час як серед не хворіли таких лише 18% (Діаграма 8а).



Поряд із цим результати якісного дослідження підтвердили, що опитані, які перенесли хворобу у **важкій формі**, вище оцінюють **ризик померти від Covid-19 (як для себе так і для інших)**.

«Ковід- багатогранна проблема, і розглядати її з позиції лише людини – не правильно. Померти чи одужати – це фортуна із ймовірністю 50/50. Ковід – це не вирок. Якщо на початковій стадії правильне лікування, то велика ймовірність одужання. Але якщо випадок запущений, неправильно обрано стратегія лікування, то можуть бути негативні наслідки».

«Коли ти сама, «швидка» не приїжджає, температура висока і болить все, навіть нігті на руках, а лікар трубку не бере – тоді й приходить думка, що це вже все... І це навіть не страх. Це щось ще більше».

«Щодо ризику смертності: щодо себе, то вважаю, що великий такий ризик. Адже неможливо передбачити як себе поведе організм при моєму основному захворюванні, а оскільки при моїй хворобі вже є уражені інші органи, ну і той фактор, що у нас проблеми з медициною».

Молодь значно нижче оцінює небезпеку померти від наслідків COVID-19, ніж люди старшого віку. Так, лише 30% молоді віком до 30 років вважають, що загроза померти від коронавірусу існує, у той час як аналогічний відсоток у віковій групі старше 50 років становить 45% (Таблиця 4). Більше третини молоді (38,3%)

не відчують ризику померти від COVID-19 взагалі, а у респондентів старшого віку цей показник – лише 12%.

Таблиця 4. Оцінка ризику померти від COVID-19 (у залежності від віку)

Вік	Загроза є	Не відчую ризику	Важко відповісти	Відчую максимальний ризик
18-29 років	30,6	38,3	26,4	4,7
30-39 років	43,8	18,9	29,1	8,3
40-49 років	40,3	21,3	25,7	12,7
50 років і ст.	45,7	12,2	26,7	15,5

Варто наголосити, що тривале відчуття загрози смерті може спровокувати патологічні тривоги, страх та панічні настрої. При чому спостерігається непевне відчуття загрози, адже у людей недостатньо достовірної інформації про особливості протікання хвороби, лікування та реабілітації. Відчуття неможливості контролювати ситуацію здатне породити більший страх.

Невивченість хвороби та неготовність медичної системи є ключовими чинниками, які на думку українців створюють для них ризику померти. Зокрема 44,6% вважає, що ризик померти обумовлений непередбачуваністю хвороби; 39,9% – неналежним рівнем медичних послуг; 38,3% - відсутністю ліків від COVID-19 та 29,9% – неможливістю госпіталізації через наповненість медичних закладів. Важливо зазначити, що за результатами проведеного опитування на кінець грудня 2020 року лише 0,2 % респондентів не вірять у вірус та ще стільки ж пов'язують можливу смерть зі збігом обставин (Діаграма 9).



Ризики смерті, які люди пов'язують із станом власного здоров'я та власним матеріальним забезпеченням займають посередні оцінки. Зокрема, 19,1% - наявність хронічних захворювань; 22,8% відсутність/нестача коштів на лікування.

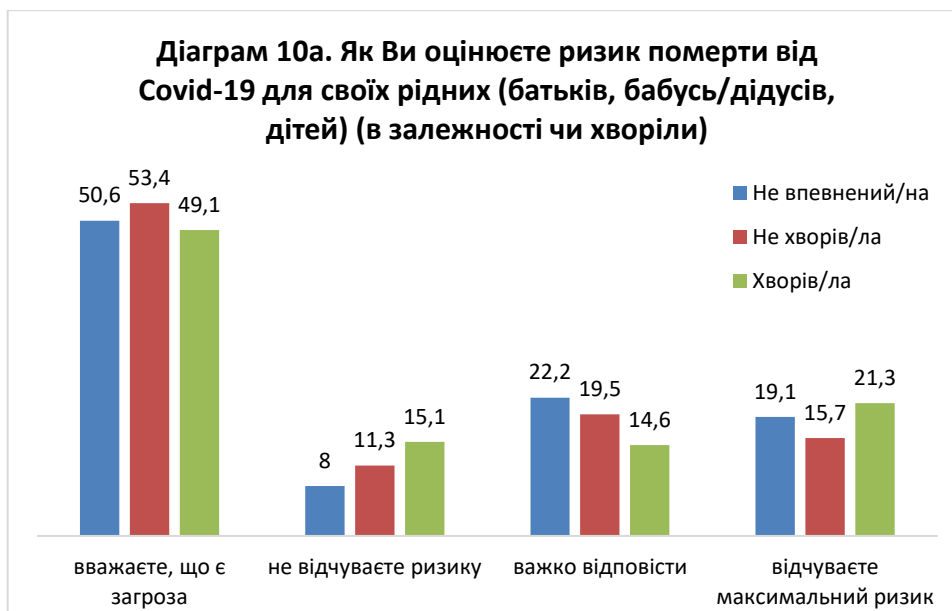
Тобто зовнішні неконтрольовані людиною чинники системного характеру, які не залежить від носіння масок і дотримання фізичної дистанції на думку українців є ризиками для них смерті.

69% українців відчувають ризик померти від COVID-19 для своїх рідних, із них відчувають загрозу смерті для рідних 51,7%, і ще 17,9% відчувають максимальний ризик. Не відчувають жодного ризику померти від COVID-19 – 11,2% опитаних (Діаграма 10).



У той же час серед тих, хто перехворіли, виявлено більший відсоток (15%) таких, хто не відчуває ризику смерті для своїх близьких (Діаграма 10а).

Тобто **факт хвороби не впливає на побоювання щодо смерті близьких – цей показник майже однаковий серед тих, хто хворіли та тих, хто не хворіли на COVID-19**. Більшою мірою чинником є складність випадку під час хвороби, що підтверджується фокус-груповими інтерв'ю.



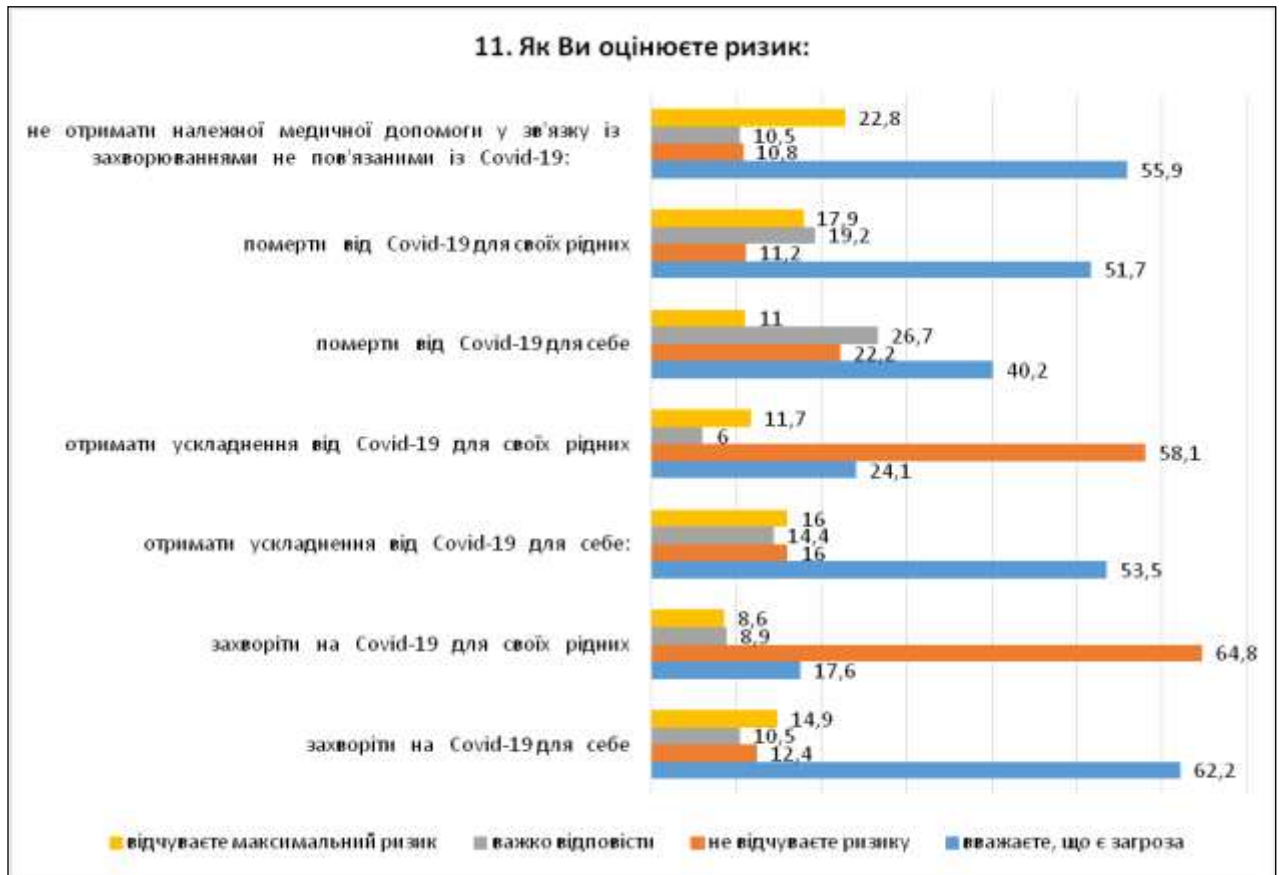
За результатами кількісного дослідження встановлено, що чоловіки та жінки приблизно рівною мірою оцінюють ризик померти від COVID-19 для своїх рідних (51,1% чоловіків та 52% жінок вказують, що така загроза є. При цьому чоловіки

майже вдвічі рідше визнають, що не відчувають ризику (15% чоловіків та 8,9% жінок відповідно).

Проведене дослідження показує досить високий рівень побоювань населення не отримати належної медичної допомоги у зв'язку із захворюваннями не пов'язаними із Covid-19- 55,9% опитаних вважають, що такий ризик є (Діаграма 10).

Порівняння оцінок респондентів різних ризиків, пов'язаних із захворюванням Covid-19 дозволяє визначити страхи та побоювання населення. **Найбільші побоювання пов'язані із: неможливістю отримати належну медичну допомогу у зв'язку із захворюваннями не пов'язаними із Covid-19; самому/самій захворіти чи отримати ускладнення від Covid-19, а от стосовно переживань за рідних/близьких, то це – загроза померти (Діаграма 11).**

78% респондентів зазначили, що відчувають ризик не отримати належної медичної допомоги (55,9% – відчувають, що є загроза і 22,8% – відчувають максимальний ризик). Не відчуває ризику не отримати належної медичної допомоги по захворюванню, що не пов'язане із Covid-19 лише 10,8%. Ще 10,5% – не змогли визначитися із відповіддю.



Респонденти різної статі та віку майже однаково оцінюють ризик не отримати належну медичну допомогу у зв'язку із хворобою, що не пов'язана із Covid-19: 55,7% чоловіків та 56% жінок зазначили, що такий ризик є.

При цьому можемо говорити про переважання чоловіків серед тих, хто не відчуває такого ризику (14,2% проти 8,7% жінок). Натомість жінки частіше (25,1% проти 19,2% чоловіків) зазначають, що відчувають максимальний ризик не отримати належну медичну допомогу у зв'язку із хворобою, що не пов'язана із Covid-19.

А от респонденти в залежності від місця проживання, висловлюють різні оцінки зазначеної загрози. Зокрема, населення Північно-Східних областей та Центральної України найчастіше озвучують побоювання не отримати медичну допомогу (Таблиця 5).

Таблиця 5. Як Ви оцінюєте ризик не отримати належної медичної допомоги у зв'язку із захворюваннями не пов'язаними із Covid-19 (за кластерами)

	не відчувають ризику	важко відповісти	вважають, що ризик є	відчувають максимальний ризик;
Західний кластер	12,5	9,9	57,9	19,7
Центральний кластер	11,7	10,7	54	23,6
Південний кластер	7,5	9,7	61,1	21,8
Північно-Східний кластер	9,3	11,8	52,5	26,5

Фокус-групові інтерв'ю також підтвердили зазначений ризик **не отримати належної медичної допомоги** тим, хто має проблеми зі здоров'ям, що не пов'язані із Covid.

«В моєму оточенні були випадки (неодноразові), коли людина не змогла отримати медичну допомогу, яка не пов'язана із Covid. Наприклад, ті хто хворіють на онкологію, опиняються без належної уваги (не назначають хіміотерапію). Люди дуже страждають. Є ще багато хвороб, від яких зараз люди помирають, бо не надається належна допомога. Це проблема. Навіть один мій знайомий помер. І ця ситуація насправді лякає».

Причому опитані, які перенесли хворобу у **важкій формі**, оцінюють вище вітчизняну медичну систему, ніж ті, хто перенесли хворобу у **легкій формі**.

«За той шлях, який ми пройшли з березня, то вітчизняні лікарі почали краще лікувати. Ми вже на порозі винайдення вакцини. Це буде перший реальний крок у боротьбі із пандемією».

Переживання українців щодо епідемії Covid-19 є діаметрально протилежними – від сильної тривожності протягом всього періоду карантину до звикання до загроз. Про це свідчать відповіді респондентів на запитання «Як змінився рівень Вашої тривоги щодо епідемії Ковід-19 з березня по грудень?».

Кожен третій/тя з опитаних (31,2%) зазначає, що спершу тривога була великою, але надалі знижувалась, бо звикли. Для 29,9% рівень тривоги не змінився, бо вони і на час опитування тривожаться так само сильно. Вартий уваги показник 19,7% тих, для кого ситуація стала більш напруженою і тривожною – обрали варіант «Спершу не сприймав загрозу серйозно, але тепер уже справді боюся»

А от 18,4% зазначили, що для них ситуація не змінилась, бо і раніше, і тепер хвилюються не сильно.



На діаграмі 12 для зручності сприйняття ми не зазначали надто низькі значення інших позицій. Наприклад, варіант «Реально оцінюю загрози, не піддаюся паніці» зазначили лише 0,4% опитаних. Зросла тривожність через можливість втрати когось із рідних – 0,1%. Ще 0,2% опитаних зазначили, що спершу тривога була великою, але після власної хвороби вже не бояться

За результатами фокус-груп також отримуємо підтвердження, що за період з березня до грудня спостерігається кардинальна зміна рівня тривоги щодо епідемії Ковід-19 – від позиції «спершу була великою, але надалі знижувалась, бо звикли», до позиції «спершу не сприймав/ла її серйозно, але тепер уже справді боюся». Не виявлено респондентів у яких тривога не змінилась.

«Відношення до самої хвороби зовсім різне. Коли на початку ввели карантин, була така паніка, що я ходила навіть в масці на відкритому повітрі. З часом ця паніка зменшилася. І я, навіть, перехворіла у легкій формі. Відношення до хвороби змінилося. Я усвідомлюю ризики – але нема панічного страху заразитися і захворіти».

«В березні мила підлогу із хлоркою, сподіваючись, що це видумка. Восени були присутні страхи і прояви паніки, бо було мало інформації. Влітку вже спокійніше

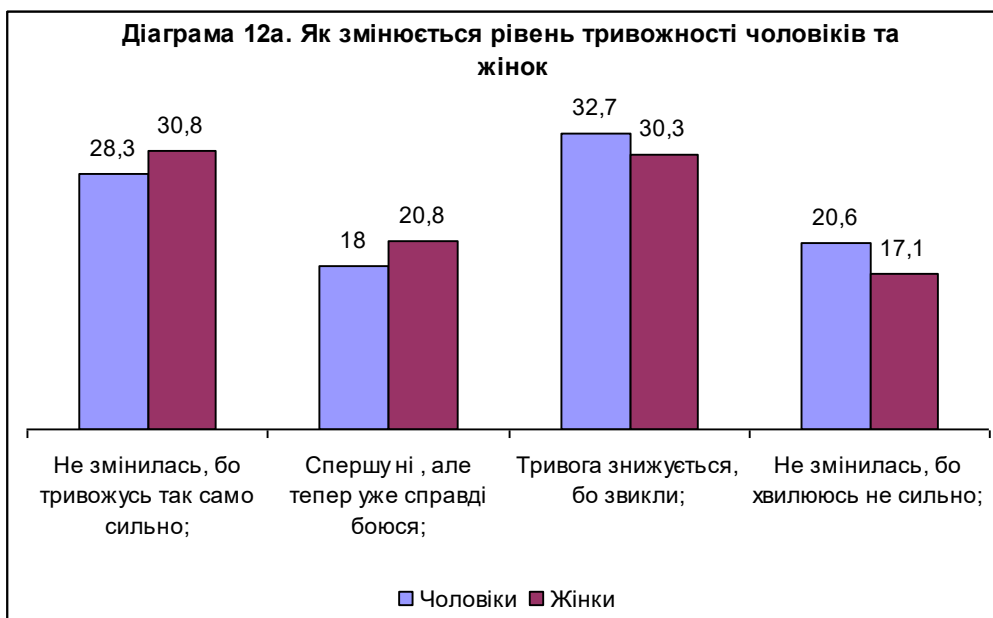
почала ставитися. Тепер розуміння того, що є ризики перехворіти на цю хворобу. Нам прийдеться жити з цим вірусом і прилаштовуватись».

«Рівень тривоги став ще більшим. Перш за все через те, що більше негативної, тривожної інформації. А ще – через те, що лікарні завантажені. І хоч тепер трохи спокійніше, що вони вже знають, як лікувати, проте їх не вистачає, вони завантажені. Можна і не дочекатись допомоги. Тому тривожусь ще сильніше ніж спершу».

«Маю таку роботу, що працюю постійно, незважаючи на карантин. Знав, що захворію, і стосовно себе тривога була невеликою. Але вона постійно зростала, і зараз я відчуваю дійсно велику загрозу для дружини і дитини – що як вони хворітимуть не у такій легкій формі».

«Мене особисто тривога не покидає. І хоча весною тривога була меншою, а зараз навіть більша, бо на початок осені навколо всі розслабились – от і маємо результат. Люди помирають, лікарні переповнені, і хворіти можна не раз».

Кількісне дослідження дозволило встановити, що **жінки частіше висловлюють хвилювання стосовно пандемії, тоді як чоловіки схильні недооцінювати загрозу** (Діаграма 12а).



Жінки частіше зазначають, що вони тривожаться так само сильно, як і спершу (30,8% жінок проти 28,3% чоловіків) й спершу не сприймали епідемію серйозно, але тепер уже справді бояться (20,8% жінок проти 18% чоловіків).

Чоловіки частіше зазначають, що вони спершу відчували значну тривогу, а надалі звикли (32,7% чоловіків проти 30,3% жінок) й як і раніше, так і тепер не сильно хвилюються (20,6% чоловіків проти 17,1% жінок).

Старше покоління частіше відчують тривогу, тоді як молодь схильні не хвилюватися стосовно пандемії.

Зокрема, 42,4% опитаних у віці старше 50-ти років зазначили, що їх рівень тривоги з березня по грудень 2020 року не змінився, вони тривожаться однаково сильно. 22,1% опитаних у віці 40-49 років та 21,1% у віці старше 50-ти років спершу не сприймали пандемію серйозно, але тепер уже справді бояться. Не змінилося відчуття тривоги у 27,4% опитаних у віці 18-24 років, бо і раніше, і тепер вони не сильно хвилюються (Таблиця 6).

Таблиця 6. Як змінився рівень Вашої тривоги щодо епідемії Ковід-19 з березня по грудень (за віком)

	Не змінилась, бо тривожусь так само сильно;	Спершу не сприймав її серйозно, але тепер уже справді боюся;	Спершу була великою, але надалі знизилася, бо звикли;	Не змінилась, бо і раніше, і тепер хвилююсь не сильно;
18-29 р.	18,4	16,4	36,6	27,4
30-39 р.	25,3	17,4	35,1	21,5
40-49 р.	28,9	22,1	32,3	16,3
50 р. і ст.	42,4	21,2	23,7	12

Українці усвідомлюють невідворотність впливу пандемії Covid-19 на життя, вважаючи, що в умовах небезпеки та пильності щодо гігієни доведеться жити довго.

На запитання «Як Ви вважаєте, як довго ми ще будемо жити в умовах небезпеки та пильності щодо гігієни?» 49,8% опитаних припускають, що може, і не довго, але пильними треба бути завжди. Ще 40,4% вважають, що ще довго ми будемо жити в умовах небезпеки та пильності щодо гігієни, оскільки буде як не ця, то інша

епідемія). Лише 9,8% опитаних вірять, що скоро все буде таким, як раніше (Діаграма 13).



Всі учасники/ці під час фокус-груп погодились, що **жити в умовах небезпеки доведеться ще довго**, бо антитіла існують недовго, імунітет не сформований, та й загрози подібних епідемій траплятимуться і далі. Проте була висловлена і стурбованість щодо певної недооцінки важливості бути обережними і дотримуватись гігієни.

«Жити в умовах небезпеки доведеться ще довго, бо загрози подібних епідемій траплятимуться і далі, а тому уважність до гігієни треба посилювати».

«З урахуванням гігієнічної недисциплінованості наших громадян жити в умовах небезпеки доведеться ще довго. Крім того, на цій епідемії наживаються і політики, і бізнесмени, і це збільшує її можливу тривалість».

«Я поки не бачу ситуації, яка б свідчила про вихід з епідемії. І не дуже вірю вакцинам. Думаю, це надовго. І проблема в тому, щоб ми не лише звикли мити руки через сьогоднішню загрозу, а загалом стали більш «гігієнічними» по відношенню до свого здоров'я. Так каже мій лікар».

Таким чином, за результатами дослідження можна стверджувати про початок формування колективного імунітету, адже 21,8% опитаних зазначають, що вже перехворіли на COVID-19, а 28,5% не можуть надати однозначної відповіді. Тому за відсутності масового тестування населення можна припустити, що серед другої

групи опитаних – «не впевнених» є частина населення, яка також перехворіла у легкій чи середній формі складності й при цьому не зверталися за медичною допомогою чи не робили тести.

Найбільшими побоюваннями населення, що пов'язані із пандемією є: переживання за рідних/близьких стосовно загрози для них отримати ускладнення від Covid-19 (82%); переживання за рідних/близьких стосовно загрози для них захворіти (82%); ризик не отримати належної медичної допомоги у зв'язку із захворюваннями не пов'язаними із Covid-19 (78%). Чоловіки схильні ігнорувати ризики зараження і менш свідомо та менш відповідально ставляться до власного здоров'я. Також молодь значно нижче оцінює небезпеку померти від наслідків COVID-19, ніж люди старшого віку.

Ключовими причинами страхів та побоювань для себе щодо загрози захворіти на Covid-19 респонденти виділили: контакти з людьми через необхідність працювати (54,4%); контакти з людьми через необхідність здійснювати покупки та платежі (43,7%); відсутність захисних масок у оточуючих (31,8%). Досить значимими є також причини щодо підвищеної загрози заразитися через: співжиття разом із батьками/дітьми/онуками (26,3%); багато оточуючих не дотримуються дистанції в публічних місцях (23,8%); переповнений громадський транспорт (23,1%).

Причинами страхів та побоювань для себе щодо загрози отримати ускладнення від Covid-19 є: нерозуміння того, як на вірус відреагує організм (54%), непередбачуваність хвороби (43%) та слабкість власного імунітету (26%).

Причинами страхів та побоювань для себе щодо загрози померти є: непередбачуваність хвороби (44,6%), неналежний рівень медичних послуг (39,9%), відсутність ліків від COVID-19 (38,3%) та неможливість госпіталізації через наповненість медичних закладів (29,9%).

Одні опитані зазначають, що спершу тривога була великою, але надалі знижувалась, бо звикли (31,2%). Для інших рівень тривоги не змінився, бо вони весь період тривожаться однаково сильно (29,9%). Є також частина населення, які спершу не сприймали загрозу серйозно, але тепер уже справді бояться (19,7%). Таким

чином, в умовах формування звички жити в ситуації перманентної тривоги, населення, з одного боку втомилося від необхідності дотримуватися карантинних обмежень і тим самим недооцінює загрозу захворювання для себе, а з іншого боку – переживає психологічну напругу і стреси через хвилювання за рідних та за себе.

1.2. Основні міжнародні групи наслідків, пов'язаних із пандемією COVID-19

Пандемія COVID-19 має глобальний характер і при цьому значно вираженими є регіональні геополітичні, економічні, екологічні, соціальні та техногенні наслідки.

З точки зору геополітики пандемія привела до розриву традиційних зв'язків, вимушеної самоізоляції держав, закриття зовнішніх кордонів, а в багатьох випадках і до обмеження переміщень між регіонами або окремими територіями однієї країни і т.д.

Особливого значення під час пандемії набуває цінність «дружнього плеча», а саме – глобальна солідарність країн, солідарність людей, глобальна співпраця. Спалах пандемії показав, що першою реакцією більшості країн були контроль і закриття кордонів. Кожна країна поставила свої власні інтереси вище за інтереси міжнародної спільноти. Але тут криється небезпека. З одного боку, ми ніби захищаємо себе від проникнення вірусу, а з іншого – вірус не знає кордонів. Глобальна солідарність повинна переважати над національною ізоляцією, стратегія *me first* більше не спрацьовує ні для країн, ні для людей [2, с. 18]. Пандемія актуалізувала проблеми допомоги багатих країн біднішим: допомога обладнанням, медичним персоналом, співпраця на економічному фронті [3].

Території всередині країн були марковані відповідно до кількості випадків зараження: червона зона – понад 50 випадків на 100 тис. населення протягом 14 днів, помаранчева зона – від 25 до 50 випадків і зелена зона – менше 25 випадків.

Закриття кордонів і обмеження на свободу пересування призвело до суттєвих економічних наслідків. Одними з перших удар пандемії відчували на собі туристична і транспортна галузі. Туризм належить до глобальних індустрій, які найбільше постраждали від економічних наслідків пандемії. З метою протидіяти поширенню пандемії більшість країн закрили своє повітряне сполучення і обмежили в'їзд іноземців. За останніми оцінками Міжнародної асоціації повітряного транспорту (ІАТА), загальні глобальні втрати доходів від пасажирських авіаперевезень в 2020 р. склали 50% (434 млрд дол.) [4].

Економічні наслідки пандемії для англomовних країн привели до так званої коронавірусної рецесії, яка стала реальністю після обвалу фондового ринку в березні 2020 року. Економіки країн суттєво постраждали від пандемії.

Так, у 2020 році ВВП Великобританії пережив найбільше падіння за останні 300 років. Про це заявив глава Мінфіну країни Ріші Сунак під час представлення бюджету на наступний фінансовий рік в парламенті. Його промова опублікована на сайті відомства. «Економіка скоротиться цього року на 11,3%, що є найбільшим падінням виробництва за більш ніж 300 років» [5].

Епідемія коронавірусу стала серйозним випробуванням для США і американців. Через пандемію коронавірусу економіка США в другому кварталі 2020 року пережила небувалий до цього обвал. Згідно з першим читанням Міністерства торгівлі за даними, опублікованими у четвер, валовий внутрішній продукт з квітня по червень знизився на 32,9% у річному вимірі. *Gross domestic product from April to June plunged 32.9% on an annualized basis, according to the Commerce Department's first reading on the data released Thursday* [6].

У звіті «просто підкреслюється, наскільки глибокою і темною дірою є економіка, яка впала у Q2», сказав М. Занді, головний економіст Moody's Analytics. «Це дуже глибока і темна діра, і ми виходимо з неї, але на це потрібно буде багато часу». *The report «just highlights how deep and dark the hole is that the economy cratered into in Q2,» said Mark Zandi, chief economist at Moody's Analytics. «It's a very deep and dark hole and we're coming out of it, but it's going to take a long time to get out»* [6].

Індія входить до трійки найбільш постраждалих від коронавірусної інфекції економік в світі. Різке погіршення ситуації в економіці країни було обумовлено введенням в кінці березня обмежувальних заходів для стримування пандемії COVID-19, дію яких неодноразово продовжували. ВВП Індії в другому кварталі 2020 року впав на рекордні 23,9% в порівнянні з аналогічним періодом минулого року [7].

Соціальні наслідки знайшли вираз у підвищенні рівня безробіття, в значному навантаженні на систему охорони здоров'я, зростання смертності населення, а також в депресії як наслідок карантину і самоізоляції. У квітні 2020 р. на тлі пандемії безробіття в США було на рівні 14,7%, в травні – 13,3%, в червні – 11,1%, в липні – 10,2%, в серпні – 8,4%, а у вересні – 7,9% [8]. До початку кризи рівень безробіття у Великобританії становив 3,9%. Однак у квітні 2020 р. кількість людей, які звернулися за допомогою з безробіття, збільшилася майже на 860 тис. осіб – до 2,1 млн, що відповідає рівню безробіття в 5,8%. За три місяці, з лютого по квітень 2020 р., кількість доступних робочих місць склало в середньому 637 тис., що на 210 тис. менше, ніж за аналогічний минулорічний період. Канцлер Р. Сунак сказав, що захист робочих місць і економіки була його основним напрямком під час пандемії [9]. У 2020 р. рівень безробіття в Індії виріс до 7,11 відсотка з 5,27 відсотка в 1991 році, оскільки пандемія коронавірусу привела до різкої зупинки економіки [10].

Екологічні та техногенні наслідки пандемії ще повністю не досліджені. Загалом, позитивними наслідками можна назвати зниження викидів парникових газів, поліпшення якості води, зниження рівня шумового забруднення, поліпшення якості повітря, а в деяких випадках, відновлення дикої природи. Негативними наслідками стали: збільшення медичних відходів, безсистемна утилізація засобів індивідуального захисту, зростання обсягу побутових відходів і ускладнення проблеми їхньої переробки. Починаючи з 2020 року велику кількість дезінфікуючих засобів для боротьби з вірусом COVID-19 було застосовано при обробці доріг, у комерційних і житлових районах. Ці засоби вбивають як шкідливі, так і корисні організми, що створюють екологічний дисбаланс [11].

З точки зору *масштабності впливу* пандемія COVID-19 являє собою рідкісний приклад одночасної загрози індивідууму і суспільству. Спостерігається порушення соціальних зв'язків, зниження соціального статусу внаслідок втрати роботи, депресія, що викликана необхідністю самоізоляції і введенням обмежень, які відбиваються на соціальному житті людей.

У багатьох ситуаціях був широко запроваджений режим дистанційної роботи – й хоча часто він є дуже важливим для обмеження поширення вірусу, збереження роботи та забезпечення безперервності бізнесу, проте така праця призвела до виникнення певного занепокоєння, зокрема щодо ергономічних і психосоціальних ризиків. У доповіді «Передбачати, готуватися та реагувати на кризи: інвестуймо зараз у стійкі системи БЗР» [12, с. 6] до Всесвітнього дня безпеки та здоров'я на роботі, який Міжнародна організація праці (The International Labour Organization) проголосила у 2021 році 28 квітня, зазначається: «Можливо, ця система і забезпечила працівникам більшу гнучкість, але багато з них важко витримують такі наслідки, як «презентеїзм» (розмиття меж між роботою та приватним життям); розлади опорно-рухового апарату, спричинені постійним сидінням перед комп'ютером; необхідність одночасно з виконанням роботи доглядати дітей або батьків і соціальна ізоляція, яка може стати наслідком роботи за межами офісу – а це негативно впливає на професійний розвиток (13)».

У багатьох країнах наслідком масштабного переходу на дистанційну роботу, стало загострення проблеми насильства в сім'ях та в партнерських стосунках. У доповіді МОП [12, с. 6] підкреслюється: «Пандемія також продемонструвала збільшення кількості випадків домашнього насильства, зокрема серед працівників, яким довелося залишатися вдома через локдаун: кількість звернень на гарячі лінії для жертв домашнього насильства загалом у світі зросла майже вп'ятеро (14)».

У публікації МОП «Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic» зазначається: люди, які працюють вдома, піддаються певним психосоціальним ризикам, таким як ізоляція, розмиті кордони між роботою та сім'єю, підвищений ризик домашнього насильства. Страх втратити роботу,

скорочення заробітної плати, звільнення та скорочення соціальних виплат змушують багатьох працівників поставити під сумнів їхнє майбутнє. *People working from home are exposed to specific psychosocial risks, such as isolation, blurred boundaries between work and family, increased risk of domestic violence, among others. The fear of loosing the job, pay cuts, lay-offs and reduced benefits make many workers question their future.*

COVID-19 трохи змінив наше ставлення до звичних речей та надав декілька важливих уроків, таких як використання більш емпатійного тону, який, очевидно, залишатиметься й після пандемії. Ще однією тенденцією є те, що використання соціальних медіа зросло – його в липні 2020 року зафіксовано на 10,5% більше, ніж у липні 2019 року, що свідчить про більш широке залучення людей до «екранного світу». Шанс втекти з незрозумілої та тривожної реальності виявився напрочуд привабливим для багатьох індивідів. У межах «нових медіа» кожен може реалізувати свою віртуальну інтерактивність у якості індивідуального порадника – носія певних ідей і цінностей. У результаті такої «колективної творчості» комунікативні процеси у віртуальному середовищі стають все більш непередбачуваними та різнонаправленими. Довготривала пандемія COVID-19, що охопила весь світ, надала цим процесам значного поштовху. Віртуальні комунікації стали життєво необхідними для багатьох видів і форм людської діяльності та їх життя [15, с. 31].

Можна виокремити кілька основних принципів комунікацій нової реальності:

- Швидкість – робота, на яку раніше потрібен був тиждень, тепер легко виконується за день, а рішення ухвалюються майже миттєво.
- Гнучкість – надавати більше, ніж очікує клієнт, та виходити за межі зони комфорту безпеки.
- Ефективність – 2020 рік став переламним для сфери комунікацій [16, с. 15].

В умовах карантину відбувається постійний моніторинг стану здоров'я, соціального та психологічного настроїв суспільства в цілому та окремих його груп, що опинились у незвичній для себе ситуації ізолювання, проблем, пов'язаних зі змінами способу життя, праці, навчання та відпочинку. Великий попит активізував

появу різних результатів соціологічних досліджень, які впливають на суспільні настрої й потребують етичного аудиту професійної доброчесності.

Аналіз і оцінка наслідків загрози повинні враховувати не лише подані вище характеристики, а й подальшу реакцію інформаційного поля. Другий фактор, безумовно, носить суб'єктивний характер, і його величина варіюється в залежності від того, наскільки вчасно, повно й об'єктивно була подана інформація, чи немає ймовірності приховування ризиків від громадськості або спотворення в сторону применшення / перебільшення ступеня ризику або загрози. Об'єктивне інформування сприяє своєчасному виробленню захисних заходів.

1.3. Дезінформація: найпоширеніші тематики

Ключовим пріоритетом національних інтересів України та забезпечення національної безпеки, що визначені у Стратегії національної безпеки України [17] серед іншого є життя і здоров'я людини. А поширення коронавірусної хвороби та критичні проблеми в інформаційній сфері визначено як одні з ключових загроз національній безпеці. Поряд з цим в документі недостатньо уваги приділено питанню інфодемії. COVID-19 спричинив хвилю дезінформації, яка головним чином поширюється за допомогою кіберпростору, до того ж набагато швидше за будь-яку вірусну інфекцію. Наразі в Інтернеті щохвилини з'являються як помилкові новини, так і відверто неправдиві інформаційні спекуляції щодо ситуації із коронавірусом. Тільки з початку березня 2020 року у світі зареєстровано близько 80 тисяч доменних імен зі словами Corona і COVID-19 [18]. Найбільш поширеними тематиками дезінформації є: причини виникнення вірусу COVID-19; темпи поширення вірусу, кількість осіб, що захворіли, померли, вилікувалися, число непідтверджених випадків хвороби; наслідки пандемії для економіки, політики, соціально-культурного життя та ментального здоров'я населення; методи профілактики та лікування; здатність національних систем охорони здоров'я протистояти пандемії; тощо.

Крім дезінформаційних повідомлень, спостерігається зростання шахрайських повідомлень та оголошень, пов'язані із поширенням COVID-19 [19]. В цілому можна виділити наступні шахрайські схеми, що направлені на незаконне отримання інформації про банківські реквізити та операції з метою заволодіння коштами:

- 1) від банківських установ про уточнення чи перевірку даних клієнта для:
 - отримання ним соціальних виплат (по безробіттю, пенсіонерам та іншим категоріям громадян);
 - уникнення ним штрафів за несвоєчасні платежі за кредитом;
- 2) від міжнародних організацій та благодійних організацій з проханням перевести кошти на боротьбу з вірусом;
- 3) від закордонних (наприклад, з азіатських країн) медичних організації чи дослідницьких центрів, які пропонують отримати чималі кошти за участь у анкетуванні щодо вивчення стану поширення коронавірусу у певному регіоні;
- 4) від продавців товарів для боротьби із коронавірусом:
 - засобів індивідуального захисту (медичних та захисних масок, респіраторів, халатів тощо);
 - медичних виробів (термометрів тощо);
 - дезінфекторів;
 - тестів на коронавірус;
 - неіснуючих ліків від коронавірусу;
- 5) про начебто приховування органами державної влади:
 - реальної кількості захворілих;
 - способи поширення вірусу;
 - ефективних способів лікування.

Таким чином, цілком очевидно, що в умовах турбулентності та економічної кризи, викликаній пандемією COVID-19, держава змушена переглядати не лише свої прогнози розвитку, підходи до здійснення соціальної чи економічної політики, але й шукати нові моделі управління інформацією, як умовою забезпечення безпеки. При цьому ще більш виразно відчувається необхідність побудови

комунікаційної стратегії, здатної мінімізувати ризики та сформувати необхідну єдність суспільства перед спільними викликами. Через засоби масової інформації активно транслюється меседж щодо недостатньої відповідальності населення, постійні порушення карантинних вимог, які розцінюються представниками влади та органів охорони здоров'я як один з основних чинників, що визначають критичну динаміку поширення хвороби і таку ж критичну ситуацію у лікувальних закладах. Поряд з цим громадяни не надто довіряють офіційній інформації про COVID-19. Проблема підсилюється ще й через критичну недовіру громадян до влади усіх рівнів, що призводить до неготовності дотримуватися карантинних обмежень. У цій ситуації реалізація державної політики щодо вакцинації чи застосування обмежувальних заходів ускладнюється через відсутність системної комунікативної політики, що спрямована на формування соціальної стійкості в умовах невизначеності пандемії коронавірусу.

Як зазначалося в попередньому розділі порушення карантинних обмежень з боку населення є однією із загроз, що можуть призвести до погіршення епідеміологічної, а отже і соціально-економічної ситуації в країні. Дослідження Паола Джуліано та Імрана Расула [20] підтверджують, що важливими чинниками дотримання карантинних обмежень є соціальний капітал, рівень довіри до уряду й інституцій, а також медіа-джерела, якими користується населення. Зазначені чинники, вважаємо, є ключовими і у формуванні соціальної стійкості [21].

Визнаючи, що соціальний капітал є одним із елементів забезпечення взаємодії між соціумом та держаними інституціями, який визначає рівень розвитку країни та її позиціонування на міжнародному рівні [22], дослідники наголошують на важливості активної і усвідомленої побудови такої взаємодії у суспільстві [23; 24; 25]. І визначальну роль у побудові такої взаємодії, що формується на основі спільних норм і цінностей, відіграє система широкого і достовірного інформування громадян про важливі процеси, що відбуваються у суспільстві, про діяльність органів влади і самоврядування, а також громадського сектору.

Мова йде як раз про системність процесів такого інформування, в основі якої має бути не лише існування відповідних інституцій на зразок незалежних ЗМІ чи спеціальних комунікаційних каналів, через які влада поширює важливу інформацію, законодавче забезпечення свободи слова тощо. Має бути ще й відповідний рівень довіри до таких джерел і довіри населення до влади, що також є однією з умов інформаційної безпеки, а відтак – і соціальної стійкості.

При цьому варто зазначити, що через соціальні мережі, прийняті соціальні норми та довіру соціальний капітал створює умови для співпраці та кооперації між різними акторами, вигоду від якої отримує кожен. І нестача такої довіри та співпраці є характерною не лише для українського суспільства [26].

Саме кризові часи спричиняють повну консолідацію людського та соціального фактора у розвинутих країнах і виявляються каталізатором поглиблення соціальної кризи у країнах з перехідною економікою. Водночас, можна очікувати, що криза, породжена пандемією, хоча й сприяє переміщенню комунікацій у віртуальне середовище, проте здатна активізувати і громадські рухи з метою подолання спільної проблеми [27].

Проте така активізація знову ж таки буде гальмуватись існуючими недоліками у системі комунікації між владою та суспільством і близьким до критичного рівнем недовіри до державних інституцій та до інформації, яка йде від них. І це у ситуації, коли значна частина населення потребує допомоги і підтримки, у тому числі і через втрату раніше поширених форм спілкування, що стали менш доступними в умовах карантинних обмежень [28].

Поширення пандемії ще більш загострило становище, оскільки реальність загрози власному здоров'ю і життю чи здоров'ю та життю рідних людей, ситуація невідомості та невпевненості, породжена непередбачуваністю хвороби, а також обмеженість традиційних для українців активних контактів з родичами, друзями, колегами через введення карантину викликали посилений інтерес до інформації, здатної прояснити ситуацію, запропонувати варіанти поведінки для запобігання зараженню або ж алгоритм дій у випадках захворювання. Отже, ситуація вимагала як

змістовного наповнення інформаційного простору, так і певного переформатування самих джерел інформації. І таке пере форматування в умовах пандемії стало реальною загрозою соціальній стійкості, оскільки дійсно важливі джерела офіційної інформації через низький рівень довіри стали для значної частини населення незатребуваними, а на перший план вийшли більш доступні соціальні мережі з повним спектром різноманітної і не завжди достовірної інформації. Крім того, у системі інформування з'являються й інші впливові актори – наприклад, сімейні лікарі, блогери, що пишуть на цю тематику актуальні ток-шоу на всіх каналах, які досить вільно трактують як медико-соціальні проблеми Covid-19, так і можливі варіанти розвитку економіки, політики країни та навіть глобальні перспективи. Таким чином, інформаційний простір країни, що знаходиться у явно кризовому стані, наповнюється неякісною і різноплановою інформацією і перестає бути контрольованим, що не може не вплинути на соціальну стійкість.

Прогалини у комунікації також підтверджуються результатами опитування, згідно з якими:

- було визначено рівень поінформованості населення про Covid-19;
- ідентифіковано існуючі потреби в інформації.
- визначити рівень довіри населення як до офіційної інформації про Covid-19

так і до медичної системи в цілому

Населення неоднозначно сприймає оцінку епідемії Covid-19 з боку лікарів, політиків та ЗМІ. 28,5% опитаних вважає, що політики та ЗМІ недооцінюють небезпеку епідемії Covid-19, тоді як інші 28,1% - вважають, що політики та ЗМІ адекватно оцінюють небезпеку від пандемії. 18,9% респондентів зазначають, що небезпека перебільшена. Аж 24,5% українців не змогли визначитися із такою оцінкою (Діаграма 14).



Старше населення вважає, що небезпека від епідемії недооцінена, тоді як молодь – перебільшена (Таблиця 7). Зокрема, опитані старше 50-ти років вважають, що політики та ЗМІ недооцінюють небезпеку від епідемії (35,7%), молодь у віці 18-29 років вважають, що небезпека перебільшена (23,9%).

Таблиця 7. Ви вважаєте, що небезпека епідемії Covid-19 з боку лікарів, політиків та ЗМІ:

	недооцінена;	важко сказати;	перебільшена;	адекватна
18-29 років	21,4	28,9	23,9	25,9
30-39 років	23	31,3	21,5	24,2
40-49 років	29,7	21,3	17,9	31,2
50 років і ст.	35,7	21	14,7	28,6

Найбільш поширеними джерелами пошуку інформації про хворобу/лікування є Інтернет та соціальні мережі. Традиційні ЗМІ й родичі/знайомі, які перехворіли також користуються довірою серед населення. Найрідше звертаються за інформацією до сімейного лікаря.

57,7% опитаних отримують інформацію про хворобу/лікування в Інтернеті та соціальних мереж. Ще 45,6% - з традиційних ЗМІ (телебачення/радіо/газет). Родичам та знайомим, які перехворіли довіряють 37,1% опитаних. До офіційного сайту (МОЗ) звертаються 33%. Лише 17,7% опитаних за інформацією звертаються до сімейного лікаря (Діаграма 15).



Щодо професійної інформації, то довіряють неформальним каналам комунікації, а особливо експертам, які використовують блоги, соціальні мережі, доступно і структуровано подають інформацію.

«Я слухаю Комаровського. Він відповідає і пояснює найбільш дивні і незрозумілі питання».

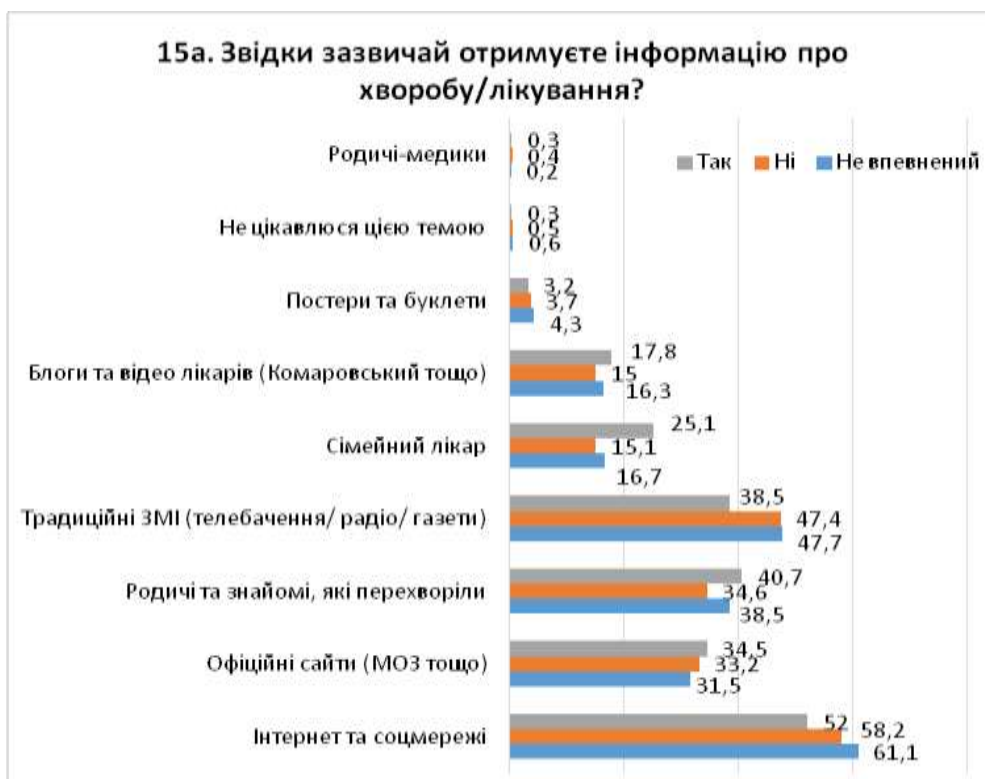
«Особисто я найбільше довіряю своєму сімейному лікарю, який вилікував мене, дружину і врятував фактично мого батька».

«Я вважаю достойною довіри соціальну рекламу. Там все чітко і ясно, без зайвого залякування і зайвих подробиць, які вже не сприймаються. Раніше шукала необхідну інформацію на інтернет-сайтах, зараз менше. Просто намагаюсь після хвороби трохи відпочити від тиску такої кількості інформації».

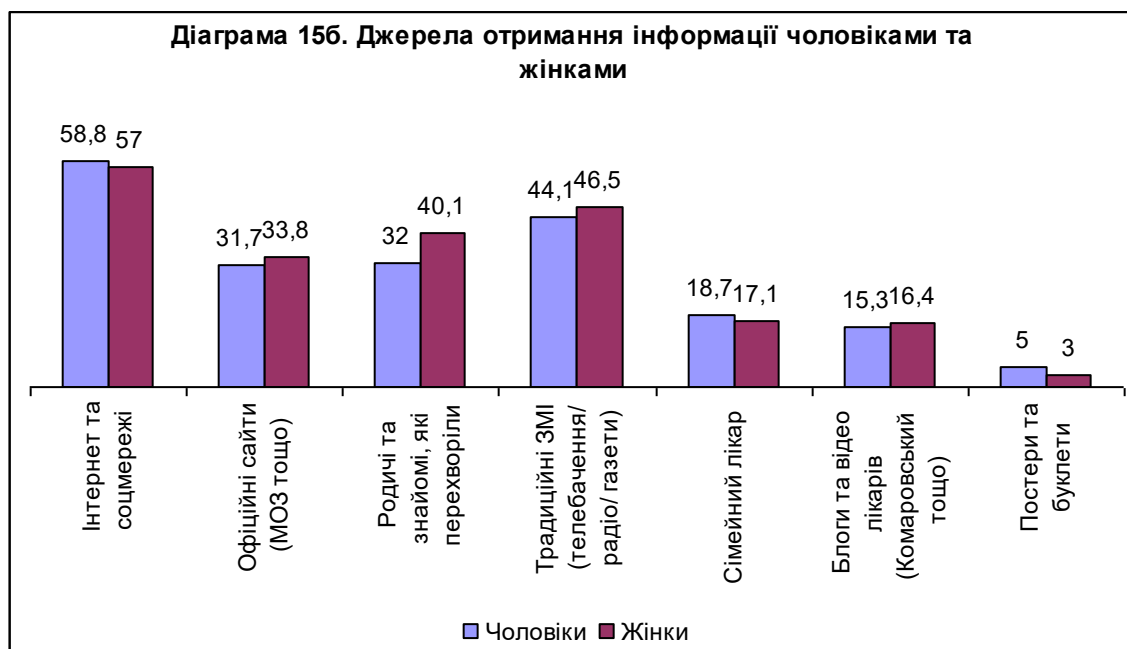
«Я скоріше скептик намагаюсь сам робити якісь висновки. Тим більше, що інформації багато і вона суперечлива. Не довіряю офіційній інформації, скоріше довіряю сімейним і знайомим лікарям та колегам, які мають певний досвід».

Респондентів, які перехворіли на Covid-19 частіше отримують інформацію від сімейного лікаря (25,1%); офіційних сайтів (МОЗ) (34,5%), блогів лікарів (17,8%) та знайомих, які перехворіли (40,7%).

Респонденти, які не хворіли або не впевнені, що перехворіли частіше отримують інформацію: з традиційних ЗМІ (по 47%), Інтернету та соціальних мереж (61,1%) (Діаграма 15а).



Жінки частіше схильні отримувати інформацію про хворобу/лікування від родичів чи знайомих, які перехворіли (40,1% жінок проти 32% чоловіків) (Діаграма 15б).



Молодь частіше схильна отримувати інформацію із соціальних мереж та офіційних сайтів. Населення у віці 30-39 років – у сімейного лікаря. А населення старше 50-ти років – від родичів та знайомих, які перехворіли; традиційні ЗМІ та сімейного лікаря.

Таблиця 8. Звідки зазвичай отримуєте інформацію про хворобу/лікування (за віком):

	18-29 р.	30-39 р.	40-49 р.	50 р. і ст.
Інтернет та соц. мережі	72,1	59,2	57,6	45,5
Офіційні сайти (МОЗ тощо)	42,3	37,4	32,5	23,9
Родичі та знайомі, які перехворіли	34,8	38,9	34,2	40,8
Традиційні ЗМІ (телебачення/ радіо/ газети)	39,6	36,6	37,6	63,1
Сімейний лікар	14,9	20,8	15,8	20,4
Блоги та відео лікарів	18,4	14	18,1	12,9
Постери та буклети	3,7	5,7	2,9	3,7
Не цікавлюся цією темою	0,7	1,9	0	0

Більшість опитаних стверджують, що інформації щодо Covid-19 вистачає, проте вона неоднозначна. На запитання «Вистачає чи не вистачає Вам інформації щодо Covid -19» 38,6% опитаних вважає, що інформації багато, але вона суперечлива і недостовірна. Ще 36,1% - інформації досить і знайти її неважко.

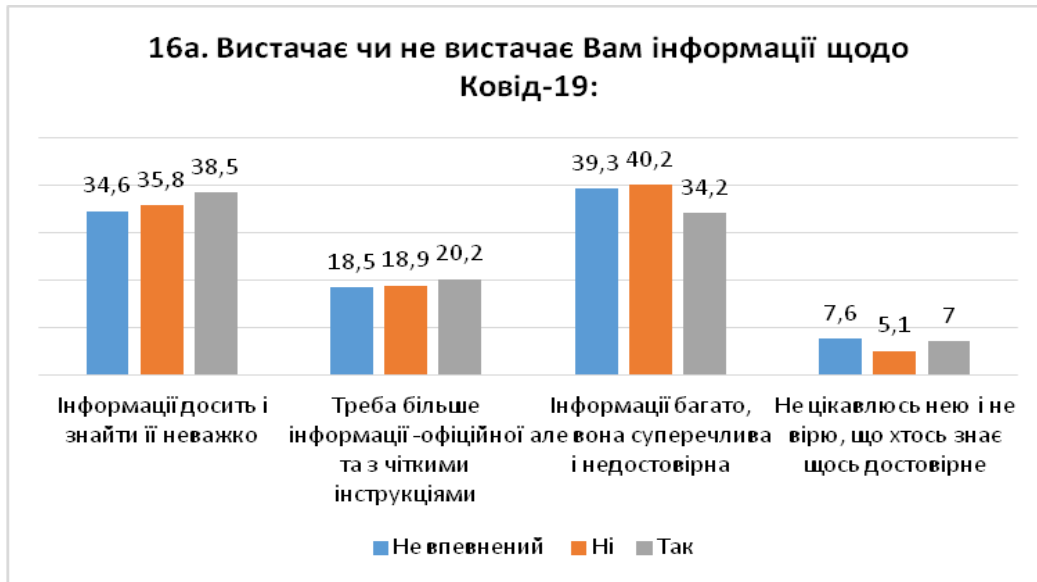
Лише 19,1% опитаних стверджують, що треба більше інформації – офіційної та з чіткими інструкціями. Не цікавляться зазначеною інформацією та не вірять в те, що хтось знає щось достовірне лише 6,2% (Діаграма 16).



Варто зазначити, що опитані чоловіки та жінки висловлюють різні оцінки щодо достатності та якості інформації. Так, чоловіки частіше стверджують, що Інформації досить і знайти її неважко (38,1% проти 34,8% жінок). До того ж саме чоловіки частіше зазначають (7,1% проти 5,7% жінок), що не цікавляться і не вірять, що хтось знає щось достовірне.

Водночас жінки продемонстрували більшу вимогливість щодо якості та достовірності інформації. Так, вони частіше (20% проти 17,6% чоловіків) зазначають, що треба більше інформації офіційної та з чіткими інструкціями, а також невдоволені тим, що Інформації багато, але вона суперечлива і недостовірна (39,5% жінок проти 37,2% чоловіків).

Респонденти, які перехворіли, частіше зазначають, що їм вистачає інформації і знайти її неважко (38,5%). Опитані, які не хворіли чи не впевнені, що перехворіли стверджують, що інформації багато, але вона суперечлива й недостовірна (Діаграма 16а).



Чим старше опитані, тим частіше населення зазначає, про необхідність офіційної інформації із чіткими інструкціями (Таблиця 9).

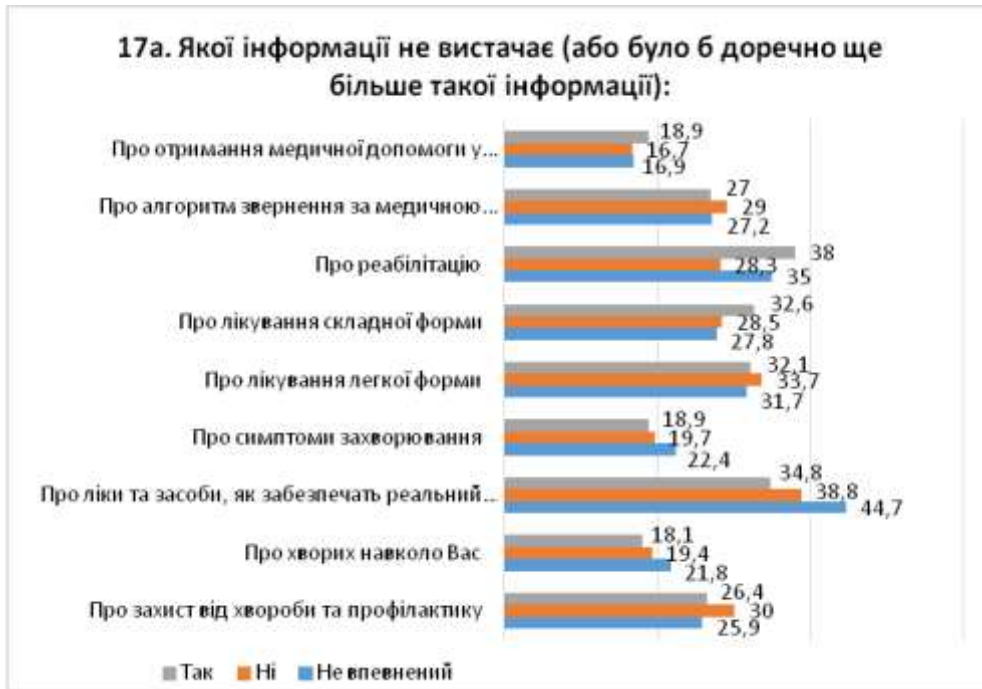
Таблиця 9. Вистачає чи не вистачає Вам інформації щодо Covid-19

	Інформації досить і знайти її неважко;	Треба більше інформації - офіційної та з чіткими інструкціями;	Інформації багато, але вона суперечлива і недостовірна;	Не цікавлюсь нею і не вірю, що хтось знає щось достовірне;
18-29 р.	44	12,2	36,1	7,7
30-39 р.	32,5	19,6	40,8	7,2
40-49 р.	31,6	19,8	41,8	6,8
50 р. і ст.	36,3	23,5	36,3	3,9

Навіть враховуючи те, що значна частина опитаних стверджує про достатню кількість інформації щодо Covid -19, все ж потреба в ній є. Так, населенню не вистачає інформації про: ліки та засоби, які забезпечать реальний захист (39,6%); лікування легкої форми (32,8%); реабілітацію (32,3%); лікування складної форми (29,2%); захист від хвороби та профілактику (28,1%) й алгоритм звернення за медичною допомогою (28%) (Діаграма 17).



З Діаграми 17а бачимо, що опитаним, які перехворіли не вистачає інформації про: реабілітацію (38%), лікування складної форми (32,6%) та про отримання медичної допомоги у випадку відсутності укладеної декларації (18,9%). Опитані, які не хворіли потребують інформації про: захист від хвороби та профілактику (30%), лікування легкої форми (33,7%) та алгоритм звернення за медичною допомогою (29%). Опитані, які не впевнені хворіли вони чи ні потребують інформацію про: симптоми захворювання (22,4%); ліки та засоби, які забезпечать реальний захист (44,7%), хворих навколо (21,8%).



Як зазначалося **рівень довіри до уряду й інституцій** є важливою передумовою у формуванні соціальної стійкості [29]. За результатами досліджень в Україні спостерігається криза легітимності. Рівень довіри до державних інституцій є однією із найнижчих в Європі. Так, за результатами дослідження, проведеного наприкінці 2020 року соціологічною лабораторією Центру Разумкова, найменше українці довіряють Уряду України, державному апарату загалом, Верховній Раді України, антикорупційним органам та судовій системі [30].

Подібні тенденції недовіри спостерігаємо і стосовно ставлення до офіційної інформації про пандемію [31].

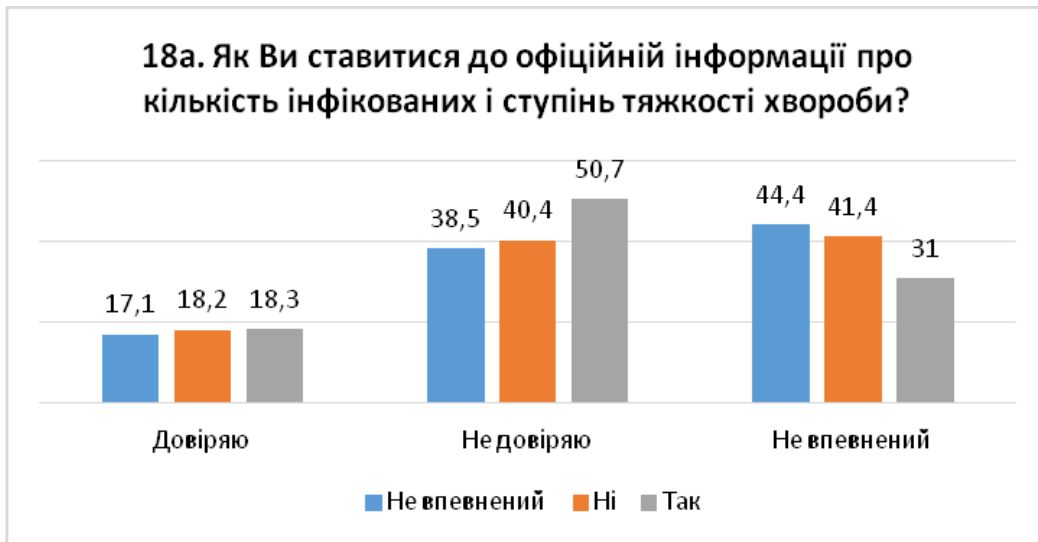
Населення не надто довіряє офіційній інформації про кількість інфікованих і ступінь тяжкості хвороби.

42,1% опитаних не довіряють офіційній інформації про кількість інфікованих і ступінь тяжкості хвороби і ще 40% - не впевнені довіряти чи ні. Довіряють офіційній інформації лише 17,9% опитаних (Діаграма 18).



При цьому дослідження показує, що чоловіки частіше схильні довіряти офіційній інформації (19,7% проти 16,8% жінок). Проте жінки частіше зазначають, що вони не впевнені (41,8% проти 37% чоловіків).

Опитані, які перехворіли частіше висловлюють недовіру до офіційної інформації (50,7% серед тих, які перехворіли проти 40,4% - не хворіли та 38,5% - не впевнені хворіли чи ні) (Діаграма 18а).



Населення у віці 40-49 років частіше зазначають, що не довіряють офіційній інформації (47,7%). Опитані у віці 18-29 років також частіше зазначають, що не знають як ставитися до офіційної інформації (47,8%). Населення старше 50-ти років схильні довіряти офіційній інформації про кількість інфікованих і ступінь тяжкості хвороби (Діаграма 18б).



Отже, опитані стверджують, що інформації щодо Covid-19 багато, але вона суперечлива і недостовірна (38,6%), інша частина населення зазначають, що інформації досить і знайти її неважко (36,1%).

Найбільш поширеними джерелами пошуку 46 інформації про хворобу/лікування є Інтернет та соціальні мережі (57,7%), традиційні ЗМІ (телебачення/радіо/газет) (45,6%); родичі/знайомі, які перехворіли (37,1%). Найрідше звертаються за інформацією до сімейного лікаря (17,7%). Населенню не вистачає інформації про: ліки та засоби, які забезпечать реальний захист (39,6%); лікування легкої форми (32,8%); реабілітацію (32,3%); лікування складної форми (29,2%); захист від хвороби та профілактику (28,1%) й алгоритм звернення за медичною допомогою (28%).

Громадяни не надто довіряють офіційній інформації про кількість інфікованих і ступінь тяжкості хвороби (42,1%) і ще 40% - не впевнені довіряти чи ні. Маючи розуміння дотримання медичних обмежень щодо карантину, вбачається невартим залишати без уваги і соціальні показники недовіри між людьми й схильності їх до патерналістської поведінки, очікування рішень від влади.

Формування соціальної стійкості вимагає не лише заходів з боку держави, але й суспільної спроможності. Проте в період пандемії В Україні спостерігається протистояння між владою та громадянським суспільством. Результати аналізу свідчать про низький рівень довіри українців до державних інституцій та офіційної інформації про пандемію Covid-19. Крім того порушення карантинних обмежень є

соціально прийнятними і значна частина населення схильні ігнорувати такі порушення з боку оточуючих. Тобто серед українців дотримання карантинних обмежень не стало соціальною нормою. Тому у ситуації відсутності добровільної й свідомої поведінки населення в напрямку дотримання карантинних обмежень єдиним механізмом залишається посилення формального примусу з боку держави.

Важливим компонентом формування соціальної стійкості є розроблення й прийняття комунікаційної політики для зміни поведінки людей в більш тривалій перспективі в умовах пандемії Covid-19. Зокрема уряду варто передбачити розроблення Концепції інформування громадськості з питань громадського здоров'я в умовах пандемії (далі Концепція), з відповідними планами реалізації (на рівні держави, областях та територіальних громадах). Метою Концепції має стати - комплексне інформування громадян України з питань мінімізації ризиків захворіти, захисту й збереження ментального здоров'я, розвитку соціальних зв'язків, що сприятиме формуванню довіри між різними рівнями державної влади, місцевого самоврядування та громадян.

1.4. Пандемія COVID та питання медичної деонтології

В Україні триває активна фаза вакцинації, а до цього спеціалістами ВООЗ розроблявся механізм COVAX по забезпеченню глобального доступу до вакцин. Головне – забезпечити рівноправний розподіл дефіцитних вакцин. Адже пандемія COVID-19, це не проблема однієї країни, це проблема людства. Справедливий розподіл особливо важливий в разі вакцин, які за умови їх правильного і рівноправного використання можуть допомогти завершити гостру фазу пандемії, дозволивши приступити до відновлення нормального суспільного і економічного життя.

В умовах дефіциту вакцин необхідно в пріоритетному порядку вакцинувати певні групи населення з подальшим поступовим розширенням програми імунізації на все населення. Для зменшення кількості важких форм захворювання та смертей,

а також для підтримки працездатності систем охорони здоров'я, необхідно, щоб першими вакцину від COVID-19 отримали пріоритетні групи.

Рішення про те, які групи населення повинні стати пріоритетними, необхідно приймати на основі максимально глибокого аналізу даних з урахуванням географічної та соціальної специфіки.

Стратегічною консультативною групою експертів по імунізації ВООЗ визначені такі пріоритетні групи: «контактний персонал у сфері охорони здоров'я і соціального захисту; особи старше 65 років; особи молодше 65 років, які мають захворювання, що збільшують ризик летального результату» [32].

З розповсюдженням COVID-19, спричиненим коронавірусом SARS-CoV-2, перед медичним персоналом постають питання, на які вони змушені шукати відповідь. Наприклад, в Італії на початку епідемії в 2019 р. апаратів штучного дихання не вистачало на всіх пацієнтів, які потребували їх. А перевантажений медичний персонал мав приймати рішення про те, кому в першу чергу надавати допомогу.

У Німеччині опубліковані чіткі критерії «Тиражу» (Triage) – розподілу постраждалих за важкістю. Пацієнти поділяються на кілька груп: критично хворі – ті пацієнти які отримають лікування негайно, важкохворих лікують в другу чергу, хворі з легкими симптомами лікують останніми, а паліативну допомогу отримають пацієнти, які не мають шансів на виживання. Головний критерій важкості – дихальна недостатність. За ним планують сортувати хворих, за умови, якщо потужностей лікарень не вистачає.

Вирішальним у ситуації з великою кількістю пацієнтів є перехід від пацієнтоцентричного до орієнтованого на групу чи населення підходу. При першому максимально забезпечуються потреби одного пацієнта, а за груповим підходом, забезпечується якомога нижчий рівень захворюваності чи смертності в конкретних групах населення. Це збільшує тиск на відповідальних осіб, лікарів які в таких умовах повинні приймати рішення, адже вони до цього не звикли.

Одним з пріоритетів у Німеччині є розширення можливостей медичної системи. Принцип солідарності для максимально ефективного використання наявних

ресурсів. Адже хворі на COVID-19, розподілені по регіонах нерівномірно [33]. До сих пір лікарі в Німеччині рідко стикалися з ситуаціями, в яких доводилося встановлювати пріоритет в лікуванні пацієнтів. Вироблені там принципи не можна просто так перенести на ситуацію з епідемією коронавіруса. Тут мова йде про іншому часовому горизонті, свого роду катастрофи, яка розтягується на більш тривалий період часу. Це абсолютно нова ситуація, до якої лікарі не були готові.

Коли стало ясно, що ресурсів може не вистачити, гостро постало питання про рекомендації для тих, хто може теоретично зіткнутися з цією проблемою. Це були б дійсно важкі й трагічні рішення, і ми були не вправі залишати лікарів наодинці з цією проблемою. Рекомендації покликані зробити процедуру максимально прозорою, встановивши ряд однакових і етично виправданих принципів і маніпуляцій.

Головним керівним принципом є принцип рівності: беруться до уваги всі пацієнти без соціальних відмінностей. Не дозволяється приймати рішення на підставі віку, соціальних характеристик, попередніх захворювань або інвалідності. Діяти необхідно відповідально по відношенню до кожної людини: для чого потрібна медицина інтенсивної терапії, яка воля пацієнта, наскільки ймовірним є виживання? Єдиного критерію не існує, це загальна оцінка. Принцип «безлічі очей» важливий: рішення приймає не одна-єдина людина. Як мінімум два, а краще три експерта разом оцінюють ситуацію. Крім того, звичайно, важливо координувати використання існуючих ресурсів по всій країні.

У Німеччині кількість пацієнтів з COVID-19, які потребують стаціонарного лікування, не перевищує розумних меж завдяки вжитим заходам [34].

Сумна тема, що стосується кількості померлих від COVID-19, на жаль, не змушує авторів ретельніше ставитися до формулювань заголовків публікацій, бо іноді з'являються словосполучення на кшталт «померла і одужала» тощо. Наприклад: «В Україні за добу одужала і померла рекордна кількість пацієнтів з початку пандемії COVID-19», «В Україні за добу померла і видужала рекордна кількість хворих на коронавірус», «COVID-19 в Україні: за добу померла і одужала рекордна кількість пацієнтів з початку пандемії».

1.5. Стратегії наповнення інформаційного поля

Нарівні з аналізом вищеподаних наслідків COVID-19 великого значення набуває вивчення стратегій наповнення інформаційного поля, які, в свою чергу, істотно впливають на вибудовування суспільно-політичних наративів, що генеруються і / або які розповсюджуються засобами масової інформації країн усього світу, який зіткнувся з глобальною загрозою коронавірусу. Особливість ситуації полягає в тому, що через повсюдний характер пандемії і схожості її наслідків з'явилася можливість виділити різні стратегії наповнення інформаційного поля, які використовуються англomовними країнами для опису даної загрози й аналізу її наслідків. На сьогодні *«основна проблематика лінгвістичного аналізу мовного впливу пов'язана з вивченням стратегій мовця і усіх мовних ресурсів, що знаходяться у його розпорядженні, які визначають досягнення комунікативної мети»* [35, с. 23]. *«Комунікативну стратегію необхідно розуміти як “загальний план”, або “вектор”, мовленнєвої поведінки конкретного автора, що реалізується у виборі системи продуманих адресантом поетапних мовленнєвих впливів, що призводять до скорочення наративної дистанції між автором і читачем»* [36, с. 145], надзавдання, що йде від адресанта, спрямоване на досягнення комунікативної або практичної мети і розраховане на певний перлокутивний ефект, *«загальну найвіддаленішу мету»* [37, с. 53].

У спілкуванні визначальним моментом є мета. Відповідно до мети адресантом розробляється стратегічний план, вибираються мовні засоби. Метою різноманітних стратегій є активізація інтересу адресата. Оптимальне досягнення мети є одним з типових проявів «хорошої» стратегії [38, с. 264].

Розглянемо загальні стратегії репрезентації даної загрози в інформаційному англomовному просторі.

Під час пандемії коронавірусу, коли небезпека є повсюдною та у той же час новою, неможливо передбачити, як буде розвиватися ситуація і яка стратегія буде

обрана тією чи іншою країною. Як показало наше дослідження, на початковому етапі інформування про все, що було пов'язано із загрозою поширення коронавірусу ЗМІ англomовних країн приводили фактуальну інформацію й не давали оцінку фактам, а констатували їх. Такий підхід використовувався для презентації реальних подій (цифри, зведення, діаграми), опису симптомів і шляхів поширення вірусу тощо.

Прикладом такого підходу можуть служити інформаційні зведення The Lancet, The Washington Post, The New York Times, наведені нижче:

«As of March 19, 2020, 191 127 cases of, including 7807 deaths attributed to, coronavirus disease 2019 (COVID-19) have been reported worldwide. In the USA, where influenza activity is still widespread, 3499 cases, including 60 deaths, have been attributed to COVID-19 as of March 15, 2020. Most cases have been reported in New York (20.1%), Washington (18.4%), and California (12.2%), but the epidemic is still unravelling as testing becomes broadly available across the country» □39□; *«The **coronavirus pandemic** has affected our lives, our economy and nearly every corner of the globe. It has sickened more than 183 million people worldwide»*; *«At least 2,056 people died of complications related to covid-19 in the 50 states and District of Columbia, up from totals of 1,878, 1,936 and 1,879 the three days prior»* □40□.

Крім інтенсивного висвітлення поточних подій, редакція The Washington Post створила спеціальну розсилку, присвячену новинам про вірус, – Coronavirus Updates. Вона містить останні новини та інформацію про поширення вірусу в США і по всьому світу, карту поширення пандемії та відповіді на актуальні питання. Читачам також пропонується задавати питання, відповідей на які можуть бути присвячені наступні матеріали.

Надання фактуальної інформації без оцінки і коментарів не є стратегією в повній мірі, хоча, безумовно, тут також переслідується певна мета. Статус «стратегії» інформаційній стратегії надає постановка мети і, як наслідок, досягнення прогнозованого результату. Аналіз англomовного простору під час пандемії COVID-19 показав, що воно наповнюється інформацією для досягнення наступних цілей:

а) протидії COVID-19, б) повноцінного інформування громадян в умовах постійно оновлюваного потоку, в) формування в суспільстві стійких патернів поведінки в ситуації загрози поширення коронавірусу, г) відбір найважливіших інфоприводів, пов'язаних з коронавірусом, д) недопущення паніки, е) поділу інформації на достовірну і помилкову (чутки, неперевірені дані, фейкові новини).

У сучасному інформаційному суспільстві будь-які соціально-важливі процеси, які до того ж впливають на безпеку і здоров'я громадян, супроводжуються потоком неправдивої інформації. Чим більше учасників процесу і чим складніше предметна область, тим ширше простір для маніпуляцій і поширення дезінформації. Така дезінформація може бути небезпечнішою за явище, яке спричинило загрозу. Інформація про захворювання COVID-19 на сьогоднішній день домінує над будь-якою іншою і супроводжується великою кількістю помилкової інформації. У зв'язку з цим виникає потреба в достовірних відомостях, які можна отримати з рецензованих наукових журналів. Багато інформаційних ресурсів для більш зручного доступу до інформації про COVID-19 на своїх сайтах організували спеціальні розділи, де агрегована відповідна інформація. Спрощення доступу до перевіреної інформації – це хороший спосіб боротьби з поширенням неправдивих відомостей, які можуть привести до негативних наслідків.

Завдання журналістів – надати суспільству достовірну і зрозуміло викладену інформацію. Під час глобальних криз в галузі охорони здоров'я, подібних тій, з якою ми стикаємося зараз у зв'язку з поширенням коронавірусу, ця роль стає ще більш важливою.

Отже, як уникнути поширення паніки, і створити глибокий збалансований матеріал? Згідно Елу Томпкінсу, вихід – відповідальна журналістика. Ось, що він пропонує [41].

1. Скоротіть в репортажах використання суб'єктивних прикметників, наприклад, не пишіть «смертоносний вірус», «смертельне захворювання».

2. Обережно вибирайте фотографії та ілюстрації, щоб не поширювати неправильні посили.

3. Описуйте заходи профілактики, тоді ваша історія менше лякає.

4. Пам'ятайте, що історії зі статистикою менше наганяють страх, ніж описи окремо взятих випадків.

5. Уникайте клікбейтних заголовків, творчо підходьте до подачі матеріалу.

IJNet зібрав список порад для журналістів з висвітлення COVID. Ось основні тези [42]:

1. Ознайомтеся з ситуацією на місцях і включайте в свої роботи тільки перевірені зображення.

2. Фокусуйтеся на висвітленні подій, а не на аналізі.

3. Слідкуйте за заголовками.

4. Пам'ятайте – не всі цифри відображають точну інформацію.

5. Поговоріть з якомога більшою кількістю людей.

6. Уникайте расистських висловлювань.

7. Подумайте про те, як розмовляти з експертами.

8. Не нехтуйте історіями, які не виглядають захоплююче.

9. Не працюйте на знос.

10. Коли криза мине, не припиняйте висвітлювати цю тему.

Крім інформаційної стратегії, аналіз інформаційного простору показав, що існує як мінімум ще шість основних стратегій його заповнення, до яких можна віднести наступні: протиборчу, проектну, консервативну, мобілізаційну, стоїчну і рефлексивну. Розглянемо кожен з них.

Протиборча стратегія передбачає активну протидію загрозі, реакцію «ударом на удар»: на кожен загрозовий тезу ЗМІ знаходять антитезу, активізуючи контрповідомлення. Завдання стратегії – протиборство відкритого вторгнення загрозових факторів в стабільний життєвий уклад суспільства. Це стратегія конфлікту (явного чи прихованого), що припускає інверсію позицій сторін. У разі глобальної загрози вона передбачає спроби розвінчання, применшення, позбавлення загрози домінуючого статусу. Яскравим прикладом використання такої стратегії може слугувати стаття «Human Coronavirus Types», в якій автор звертається до минулого

досвіду і повідомляє про те, що коронавірус існує з 1960-х років. *Coronaviruses are named for the crown-like spikes on their surface. There are four main sub-groupings of coronaviruses, known as alpha, beta, gamma, and delta. Human coronaviruses were first identified in the mid-1960s.*

Автор іншої статті стверджує, що коронавіруси – це відносно прості структури, які як правило викликають у людей легку застуду, і одночасно висловлює впевненість у тому, що наслідки пандемії будуть подолані спільними зусиллями. *Coronaviruses are relatively simple structures, and their form helps us to understand how they work. They usually cause mild colds in people. Early reports suggest that the new coronavirus is less likely to cause severe disease [43].*

Проектна стратегія заснована на інформуванні про короткострокові або довгострокові плани дій у відповідь. При цьому не всі вони можуть знайти втілення в дійсності. Однак завдання ЗМІ, особливо офіційних каналів, – показати, що проектна діяльність можлива. Основна думка – «ми не опускаємо руки, ми будемо боротися і т.д.». Прикладом проектної стратегії можуть служити інформаційні повідомлення про те, як ВООЗ об'єднує широке коло партнерів для реалізації ряду цікавих ініціатив, спрямованих на мотивацію і мобілізацію людей, щоб вони були готові перемогти COVID-19. *To unite the world in the fight against coronavirus, WHO is bringing together a wide array of partners on a series of engaging initiatives to motivate and mobilize people to Be Ready to beat COVID-19, and to support the COVID-19 Solidarity Response Fund [44].*

Великі надії на повернення до нормального життя покладаються на вакцинацію, так як імунізація людей порушує здатність вірусу розповсюджуватися. *Generally, the world's hopes of getting life back to normal are pinned on a vaccine. Immunising people breaks the virus's ability to spread. Already there are drug treatments. Dexamethasone – a cheap steroid – has been shown to save some of the sickest patients. Dr Margaret Harris, of WHO, said: «People have this Hollywood-esque belief in a vaccine; that scientists are just going to fix it» [45].*

Консервативна стратегія передбачає опір дестабілізації життя соціуму за допомогою звернення до стійких систем цінностей, норм і принципів, що становлять «природний порядок речей». Носіями консервативної ідеї, як правило, виступають лідери націй, а завдання ЗМІ – реалізувати їх посил. Консервативна стратегія передбачає актуалізацію вічних цінностей і насагу загальним поривом. Сам факт того, що ЗМІ вдаються до неї, може служити маркером загрози. Консервативна стратегія найбільш затребувана саме в складних ситуаціях, подібних пандемії.

Прикладом можуть слугувати рекомендації ВООЗ про звичайні заходи обережності. *If COVID-19 is spreading in your community, stay safe by taking some simple precautions, such as physical distancing, wearing a mask, keeping rooms well ventilated, avoiding crowds, cleaning your hands, and coughing into a bent elbow or tissue. Check local advice where you live and work. Do it all!* [46].

У наступній статті дається рекомендація уряду не апелювати до індивідуальної відповідальності або уразливості, а замість цього підкреслювати спільні цінності, такі як спільна робота на благо суспільства. *Many campaigns in northern hemisphere countries have targeted individuals in propaganda style: «We want YOU to do the right thing». We recommend that governments don't appeal to individual responsibility or vulnerability, and instead emphasise shared values, such as working in unison for the benefit of the community* [47].

The New York Times вирішили створити підручник про те, як пережити пандемію, керуючись деякими базовими правилами. *There's no playbook for living through a pandemic, so we decided to create one. With some basic rules to guide you, everyone can lower risk and live a full life while we wait for the virus to get under control* [48].

Мобілізаційна стратегія передбачає концентрацію ресурсних можливостей соціуму. Так, у своєму вступному слові Генеральний директор ВООЗ на брифінгу для ЗМІ по COVID-19 11 березня 2020 р. закликав мобілізувати людей до участі у відповідних заходах. *If countries detect, test, treat, isolate, trace, and mobilize their people in the response, those with a handful of cases can prevent those cases becoming clusters, and those clusters becoming community transmission* [49].

Журнал Policy and Society опублікував добірку статей «Mobilizing Policy (In)Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses» із метою отримати уявлення про різні відповіді держав на COVID-19 на національному рівні в усьому світі, описати мобілізацію політичного потенціалу для боротьби з COVID-19 [50].

За допомогою мобілізаційної стратегії ЗМІ мотивували і продовжують мотивувати людей до дотримання обмежень, застосування засобів особистого захисту, взаємодопомоги й спокою. З метою мобілізації зусиль часто обирають найбільш яскравого представника, героя, який відстоює інтереси суспільства. Для реалізації цієї стратегії в ЗМІ необхідні яскраві фігури, бажано представники будь-якої професії або громадської організації, які є прикладом мужності й професійної етики, виступають ситуативними лідерами думок, до яких інші повинні прислухатися. Під час пандемії такими героями в ЗМІ стали лікарі, волонтери, соціальні помічники, які своїм прикладом, «висвітленим» медіа-полем, надихали людей на протистояння загрози.

Так, у статті «National Doctor's Day 2021: Role of Doctors During the COVID-19 Pandemic» розповідається про те, що з того часу, як на країни навалилася пандемія коронавірусу, лікарі працюють цілодобово, щоб врятувати життя людей. При цьому багато відданих лікарів померли від смертельного вірусу, яким заразилися під час роботи. Однак це не вплинуло на людей, які працюють у цій галузі, і вони продовжують докладати зусилля для лікування кожної людини. *Ever since the coronavirus pandemic hit the country the doctors have been working round the clock in order to save the lives of people. In the process, many committed doctors succumbed to the deadly virus, which they contracted during their work. However, this has not impacted the people in the field as they continue to make efforts for treating each person* [51].

Уряд Великобританії випустив керівництво «Enabling safe and effective volunteering during coronavirus (COVID-19)», покликане допомогти організаціям і групам зрозуміти, як безпечно і ефективно залучати волонтерів під час пандемії [52].

Департамент глобальних комунікацій Організації Об'єднаних Націй підкреслює той факт, що волонтери всього світу продемонстрували виняткову солідарність у самому серці пандемії COVID-19 і стали героями у повсякденному житті. *At the heart of the COVID-19 pandemic, volunteers have demonstrated an exceptional display of solidarity across the world. Responding to calls for help from their local communities, they are everyday heroes* [53].

Стоїчна стратегія не так часто реалізується в ЗМІ, і, як правило, її використовують для подачі матеріалів важкого характеру, наприклад про динаміку летальності. Під час пандемії до стоїчної стратегії стали вдаватися частіше, оскільки різко збільшилися наслідки загрози та їх масштаб. Прикладом застосування стоїчної стратегії може слугувати стаття «The spread of novel coronavirus has created an alarming situation worldwide». У статті йдеться про найбільш смертоносний із відомих коронавірусів, який з'явився в Ухані, Китай. Загальна летальність становить близько 3 відсотків. *Recently, the deadliest member of yet known coronaviruses emerged in Wuhan, China. The overall case fatality rate is uncertain but appears to be around 3 percent* [54].

Опорою загрози в «стоїчній» комунікації, як правило, виявляються самоідентичність і сила духу. Це в повній мірі проявилось під час вимушеної самоізоляції населення, коли медіа-поле було наповнене закликами стійко переносити труднощі. Інформаційний простір був заповнений історіями та сюжетами про те, як важливо дечого не робити: не відвідувати громадські місця, не користуватися громадським транспортом, не виходити з дому, не спілкуватися з друзями і т.д. За стоїчною стратегією у новинах транслують приклади «тихої мужності» й спокійного прийняття обставин. Так, у статті «Courage in the Face of COVID-19» розповідається про медсестру, яка дбала про діда автора статті. Стаття починається з її слів «*I don't let my people die alone*», які вона сказала, піклуючись про нього в ту ніч, коли він наближався до кінця своєї короткої, але відважної битви з COVID-19 [55]. Брак засобів індивідуального захисту, відсутність ліків і страх, що пацієнт помре на самоті, – ось лише деякі з мотивів, які спонукали фахівців охорони здоров'я по всій країні

свідомо переглянути, наскільки далеко вони підуть на благо своїх пацієнтів, жертвуючи своєю безпекою.

Рефлексивна стратегія репрезентації загрози в інформаційному просторі спрямована на внутрішнє перетворення, пошук точок опори, дистанціювання, відхід у себе, пошук кола рятівних занять, що покликані зберегти ідентичність. Медіаполе, вдаючись до рефлексивної стратегії, активно тиражує і просуває можливості використання самоізоляції для заняття улюбленою справою, будь-якими онлайн-активностями, які стають основою для сюжетів у ЗМІ і допомагають людям в подоланні труднощів, супутніх загрозі. При цьому наголошується, що психологічні наслідки пандемії ще належить проаналізувати. Прикладом застосування рефлексивної стратегії є стаття «Coronavirus: How to cope with living alone in self-isolation». Розповідь у статті йде про Лючію, фотографа з Нью-Йорка, яка приїхала до Італії. Але через пару місяців Мілан, де вона жила, став епіцентром спалаху коронавірусу в Європі. Їй і мільйонам інших італійців наказали не виходити з дому, якщо в цьому немає крайньої необхідності. Перші кілька тижнів, проведених в ізоляції в квартирі, були найважчими. Подібних історій у всьому світі мільйони. У цій же статті професор Стефані Качіоппо, експерт в області поведінкової нейробиології та психіатрії з університету Чикаго, дає безліч практичних порад для тих, хто опинився в такій ситуації. Вона каже, що зміна нашого мислення і очікувань – ключ до того, щоб уникнути почуття самотності. *Right now you live alone. And right now you have no choice. So you can either scream all day long or make the most of it* [56].

Друковані та електронні ЗМІ, на які здебільшого покладене завдання комунікації, вибудовують її в залежності від цільової аудиторії, чия реакція може бути різною – від повної байдужості до паніки. Особисте сприйняття загрози залежить від цілого ряду чинників – соціального стану, системи цінностей, почуття захищеності або незахищеності й т.д. Аналіз загроз і ризиків передбачає також і розуміння наслідків тих чи інших маніпуляцій з інформацією. Реакція аудиторії дозволяє не лише здійснювати моніторинг громадської думки, а й привертати увагу до тих аспектів загрози, які вимагають обов'язкового залучення всього населення до її вирішення:

під час пандемії COVID-19 засоби масової інформації виступають не лише як агрегатори всієї інформації, яка надходить від влади, лікарів та експертів тощо, а й транслює правила життя в новій реальності.

Уміння оперувати мовними засобами є принципово важливим, оскільки саме вони є інструментом маніпулятивної дії. Система мовних засобів дозволяє, крім простого інформування, впроваджувати у свідомість того, хто підлягає маніпуляції, потрібну авторові точку зору, нав'язувати йому ту або іншу систему оцінок.

Без сумніву, виділені комунікативні стратегії не являють собою закритої системи. Як особистісні якості людини невичерпні і динамічно розвиваються разом із людиною, так і патерни структурування компонентів дають велику кількість різноманітних поєднань.

1.6. Модель засобів спеціалізованого медичного інформування

Сучасний інформаційний простір перенасичений фактами та подіями, серед яких лише частка є дійсно важливими для індивіда. Інформація розповсюджується занадто швидко, чому сприяють нові медіа, актуальні інформаційні приводи активно поширюються у соціальних мережах, відповідно, інформаційний вплив на аудиторію постійно зростає.

Головним показником інтенсивності спеціалізованої медичної комунікації як сегмента інформаційного простору є кількість публікацій, проте іноді їх завелике число може здійснювати негативний вплив на аудиторію. Саме тому у Міністерстві охорони здоров'я роз'яснюють українцям, як впоратися з тривожністю під час пандемії коронавіруса (бути в курсі лише дійсно важливих новин), особливо це стосується новин про COVID-19 – про кількість захворювань та смертей, про перебіг вакцинації тощо. У такій ситуації важливим є розуміння механізмів спеціалізованого медичного інформування, верифікація інформації, довіра до джерел. Все це набуває ще більшого значення у сфері безпеки особистості у період пандемії COVID-19.

Тож метою нашого дослідження є створення моделі засобів спеціалізованого медичного інформування у соціокомунікаційному дискурсі. Важливими завданнями у цьому контексті є визначення основних особливостей медичного інформування у період пандемії COVID-19, зокрема трансляції сучасними медіа медичної інформації в контексті ефекту кросмедійності, а також з'ясування основних моделей поведінки у період пандемії COVID-19.

Основним методом нашого дослідження є метод моделювання, який ми застосовуємо у соціокомунікаційному дискурсі та який передбачає відображення у схематичному вигляді найважливіших рис, зв'язків та основних елементів процесу спеціалізованого медичного інформування через сучасні медіа-канали. Системний підхід дозволяє продемонструвати процес трансляції медичної інформації із відображенням найважливіших для нашого дослідження його складових та чинників впливу на суспільство.

Однією з найважливіших проблем сучасного інформаційного простору є швидке розповсюдження неперевіреної інформації (свідоме або несвідоме), фабрикування фейків, інформаційні війни, маніпуляції тощо. Відповідно, важливою є фаховість експертів, які оцінюють та коментують ситуацію у сфері спеціалізованого медичного інформування та безпеки особистості, і тут можна погодитися з Є. Магдою, який пише, що «ситуацію у світовому інформаційному просторі можна охарактеризувати як інфодемію – активне поширення неперевіреної інформації, фейків, маніпуляцій, яка посилює негативний вплив коронавірусної хвороби на демократичні суспільства; це надмірна кількість інформації про проблему, що ускладнює пошук ефективного рішення» [57, с. 178] (термін «інфодемія» у лютому 2020 року вжив на Мюнхенській конференції з безпеки Т. Гебрейес, генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я – у контексті того, що йде боротьба не лише з епідемією, а й з інфодемією). В. Батиргареева зазначає, що «для протидії поширенню дезінформації необхідно розпочати, з одного боку, формування міжнародного законодавства, спрямованого на рішучу боротьбу з фейковими новинами, а з другого боку, на національному рівні слід опрацювати законодавчі механізми

юридичної відповідальності, спрямовані на недопущення генерування або ретрансляції подібних новин принаймні за участю учасників інформаційного простору, внаслідок чого створюється загроза національній безпеці нашої держави» [58, с.128-129].

Журналістські матеріали про вакцинацію, а також соціальна реклама, є важливою складовою сучасного інформаційного простору, адже, «зважаючи на швидке зростання захворюваності на COVID-19, охоплення щепленнями має бути швидким та широким» [59, с. 18].

Втім, є закордонні приклади, коли в поспіху розміщуються не вивірені переклади соціальної реклами (наприклад, слоган «Я вакцинуюся, тому що хочу зустрітися з прабабусею і прадідусем») або у якості ілюстрації до публікації про вакцинацію використовується відоме зображення людини, що приховує біль (інтернет-мем), що навряд чи позитивно впливає на аудиторію. Все це мають враховувати українські фахівці зі спеціалізованого медичного інформування.

Враховуючі необхідність формування науково обґрунтованої системи комунікації у сфері спеціалізованого медичного інформування, спрямованої саме на гарантування безпеки особистості, сучасні українські дослідники приділяють увагу особливостям відображення пандемії у інформаційному просторі, зокрема, Є. Магда слушно зауважує, що «пандемія коронавірусу справила системний вплив на низку сфер людського існування, й інформаційна сфера – одна з ключових у цьому випадку, бо ситуація невизначеності, страху, невпевненості у власному майбутньому характерна для всього світу, але низка факторів робить український інформаційний простір більш вразливим до інформаційних атак» [57, с. 180], а К. Фуглевич пише, що «в часи пандемії, що спричинив вірус COVID-19, важливим для громадськості є вміння розпізнавати неправдиву, фейкову, маніпулятивну інформацію. Серед основних критеріїв перевірки інформації є перевірка наявності у публікації вказівки на країну, місто, де відбулася подія; дати, коли сталася подія» [60, с. 40].

В. Мілосердов зазначає, що «у наративі соціальних медіа МОЗ України COVID-19 – це підступний, невидимий ворог, який є небезпечним для всіх

українців. Новий коронавірус зображено серйозним ворогом, що загрожує всьому людству. Взаємодія з COVID-19 часто описується, як війна, у якій на боці України воює армія лікарів, які лікують хворих на цю інфекцію» [61, с. 66].

Про використання військових метафор у журналістських публікаціях, присвячених пандемії COVID-19, пише й А. Столярова: «чільне місце у створенні образу епідемії коронавірусу посідає військова метафора. Нову інфекцію представляють як лютого та підступного ворога, що нещадно наступає на людство і хоче його винищити. Людина, відповідно, обороняється, лікарі, як хоробрі воїни, рятують мирне населення від жорстокого завойовника. Найкращі уми роблять все для створення вакцини – суперзброї, що допоможе перемогти ворога. Ця метафора реалізується цілою низкою мовних засобів, передусім іменниками «війна», «битва», «напад», «перемога». Крім іменників, використовуються інші частини мови з «військовим» значенням: «воювати», «мобілізувати», «оборонятися», «перемагати» тощо [62, с.157-158].

Серед важливих особливостей трансляції сучасними медіа спеціалізованої медичної інформації варто відзначити їх реакцію на актуальні інформаційні приводи, яка відбувається доволі швидко для інтернет-ЗМІ та соціальних мереж, і з «умовним» запізненням для традиційних ЗМІ (менш оперативне розповсюдження новин порівняно з новими медіа відбувається відповідно технічних умов публікації або трансляції, бо має пройти певний час до найближчого випуску новин на телебаченні або радіо, та ще більший – до виходу друкованого ЗМІ із новиною, яку в інтернет-ЗМІ та у соціальних мережах було розповсюджено раніше).

Також варто зазначити, що у період пандемії розповсюдження спеціалізованої медичної інформації, яка базується на певному інформаційному приводі (збільшення або зменшення кількості захворювань, перебіг вакцинації, захворювання на COVID-19 відомих людей тощо) відбувається відразу значною кількістю медіа.

Це може бути одночасно, коли ця інформація є у відкритому доступі (наприклад, на основі інформації брифінгу або прес-конференції про перебіг пандемії в Україні тощо) і кожне ЗМІ створює на основі цієї спеціалізованої медичної

інформації власну публікацію, із власним заголовком, акцентами та посиланнями на додаткову інформацію.

Також можливі ситуації, коли спочатку певне ЗМІ створює авторський матеріал, присвячений проблемам пандемії COVID-19 (наприклад, це може бути аналітична публікація, або інтерв'ю з лікарем, посадовцем тощо), і вже після цього, через певний час інші медіа створюють власні публікації на основі цього авторського матеріалу з посиланнями на першоджерело.

Варто зазначити, що редакції сучасних ЗМІ (як і автори тематичних груп і сторінок у соціальних мережах, присвячених проблемам пандемії COVID-19) постійно моніторять інформаційний простір у пошуках актуальних та цікавих публікацій, щоб не пропустити чогось важливого і створити власні матеріали, які будуть відрізнятися, як мінімум, заголовком публікації. Це стосується й регіональних медіа, які до цього підштовхує у тому числі брак фінансування та відсутність достатньої кількості журналістів у штаті для створення значної кількості суто авторських, ексклюзивних матеріалів.

А для всеукраїнських медіа головна мета такого моніторингу – не відстати від конкурентів, не приділивши увагу актуальному інформаційному приводу (про який вже раніше написало конкуруюче ЗМІ), і відповідно, не надати своїй аудиторії потрібну інформацію. Тож, якщо переглядати стрічку новин у схожих за спрямованістю ЗМІ, можна побачити багато публікацій на основі тих самих інформаційних приводів.

Саме це є одним із ефектів кросмедійності, коли аудиторія все одно отримує актуальну інформацію про проблеми пандемії COVID-19, прихильниками б якого ЗМІ вона не була, а якщо людина споживає інформацію із кількох медіа одночасно (найчастіше буває саме так), то саме кросмедійність забезпечує додаткове привернення уваги до актуальної тематики.

Розповсюдження спеціалізованої медичної інформації про проблеми пандемії COVID-19 у сучасних соціальних мережах має певні особливості, зокрема, варто відзначити зв'язок з публікаціями в інтернет-ЗМІ (або в онлайн-версіях традиційних

ЗМІ), адже переважна більшість користувачів соціальних мереж не створює власних, оригінальних публікацій – як на тему пандемії COVID-19, так і загалом на будь-які суспільно значущі теми.

Причиною цього є складність створення спеціалізованих медичних текстів для пересічного користувача соціальних мереж, та й загалом, незважаючи на легкість користування технічними засобами для створення повідомлення у соціальних мережах (у тому числі й мультимедійних засобів), і на загальну медіатизацію суспільства (коли кожна людина є своєрідним «медіа», спроможним за допомогою соціальних мереж транслювати власні повідомлення для значної кількості медіа-споживачів), спостереження стрічок новин у таких соціальних мережах, як Facebook, Instagram, Twitter, демонструє, що значна кількість користувачів віддають перевагу репостам публікацій ЗМІ (з посиланнями на їх офіційні сайти) або репостам публікацій певних груп у тій же соціальній мережі, де користувач розміщує публікацію, і особливо це стосується важливих проблем сучасного суспільства, до яких належить і пандемія COVID-19.

Відповідно, причини домінування саме репостів публікацій медіа про пандемію COVID-19 над авторськими публікаціями користувачів соціальних мереж визначає ряд чинників, як об'єктивних, так і суб'єктивних.

До об'єктивних чинників слід віднести:

- складність тематики (переважна більшість користувачів соціальних мереж не вважають себе фахівцями у такій складній темі, як спеціалізоване медичне інформування про пандемію COVID-19);

- необхідність посилання на авторитетну думку (коли користувач розміщує на своїй сторінці у соціальній мережі репост публікації ЗМІ про проблеми пандемії COVID-19, він одночасно посилається на авторитетну або офіційну думку, розповсюджену в публікації цього ЗМІ, на авторитет та імідж як самого медіа, так і журналістів-професіоналів, які у ньому працюють);

- необхідність швидкого реагування на інформаційний привід (сучасний інформаційний простір змушує як журналістів і медіа-працівників, так і пересічних

користувачів соціальних мереж максимально швидко реагувати на важливі та актуальні інформаційні приводи – бажано, у той же день; якщо професійні фахівці редакцій ЗМІ можуть це зробити і роблять щодня, то непрофесіонали у галузі мас-медіа, якими і є переважна більшість користувачів соціальних мереж, не можуть цього зробити, тож оптимальним варіантом для них є репост матеріалів ЗМІ для підтвердження власної думки, іноді з коротким коментарем);

- наявність в публікаціях ЗМІ відповідного тематиці візуального матеріалу (у сучасних соціальних мережах все більше домінує саме візуальний, а не текстовий контент, відповідно, користувачі соцмереж сприймають додавання до публікації ілюстрації – фото, відео, інфографіки, – як необхідну умову ефективності публікації, її спроможності привернути увагу цільової аудиторії; відповідно, репост публікацій ЗМІ значно спрощує процес підбору ілюстрацій до публікації, адже при репості ілюстрація, яку обрали фахівці ЗМІ, автоматично додається до публікації, яку користувач розмістив на власній сторінці чи у певній групі в соціальній мережі).

До суб'єктивних чинників слід віднести:

- неспроможність значної кількості користувачів соціальних мереж створити авторський текст на тему спеціалізованого медичного інформування про пандемію COVID-19 (під авторським ми розуміємо текст, у якому наводяться власні думки, перевірені факти з посиланнями на джерела – а не кілька речень із переважно емоційним коментарем щодо актуального інформаційного приводу);

- небажання чи відсутність можливості відразу реагувати на актуальний інформаційний привід створенням власної публікації (у той же день, або наступного дня, інакше увага аудиторії до «несвіжого» інформаційного приводу суттєво зменшується).

Тож як бачимо, ряд об'єктивних і суб'єктивних чинників визначають активне розповсюдження користувачами соціальних мереж публікацій ЗМІ на теми, присвячені пандемії COVID-19.

Дослідження впливу на аудиторію інформації з соціальних мереж стало предметом уваги таких вчених, як Р. Хамагучі, С. Нематоллахі та Д. Мінтер, які

зазначають, що «поширення корисної і точної інформації про громадську охорону здоров'я стало серйозною проблемою, яка посилюється ростом неперевіреною інформації, пов'язаної з COVID-19, на платформах соціальних мереж» [63, с. 483]. Тож як свідчать дослідження закордонних вчених, ця проблема є глобальною, і не характерна лише для України, де у соціальних мережах (до речі, глобальних – у Facebook, Instagram, Twitter тощо) пересічними користувачами теж розповсюджується – свідомо чи несвідомо, – неперевірена інформація та фейки.

У цій ситуації важливим для інформаційної безпеки суспільства у сфері спеціалізованого медичного інформування є швидке та якісне розповсюдження перевіреної, достовірної інформації про проблеми пандемії COVID-19. Особливої важливості тут набуває саме оперативність розміщення верифікованих повідомлень на актуальну тематику, при цьому важливо не обмежуватися лише традиційними каналами розповсюдження інформації (офіційний сайт, офіційні сторінки у соціальних мережах тощо), варто намагатися зробити повідомлення, що базуються на актуальних інформаційних приводах, максимально кросмедійними, з залученням як традиційних ЗМІ, так і нових медіа.

Важливість оперативного розповсюдження актуальних та верифікованих повідомлень про пандемію COVID-19 у соціальних мережах обумовлюється й швидкістю розповсюдження інформації у сучасних соціальних мережах – через репости цікавих та актуальних повідомлень пересічними користувачами.

Відповідно, якщо у соціальних мережах оперативно і масово буде з'являтися саме достовірна й перевірена інформація (її джерелами можуть бути офіційні медіа-ресурси Міністерства охорони здоров'я України, медичних та громадських організацій, що опікуються проблемами пандемії COVID-19, традиційні ЗМІ тощо), якщо ця інформація буде мати привабливу «медіа-упаковку» для соціальних мереж (заголовки, що привертає увагу, плюс відповідне зображення, що вдало ілюструє тему), то це забезпечить значну кількість репостів – неконтрольованого розповсюдження цих повідомлень пересічними користувачами соціальних мереж, яким хочеться ділитися чимось важливим, яскравим, привабливим тощо. Саме швидкість

розповсюдження верифікованої інформації може забезпечити її перемогу над фейками (за рахунок того, що останні програють у цьому випадку у швидкості та масовості розповсюдження у соціальних мережах).

За даними опитування USAID-Internews «Ставлення населення до ЗМІ та споживання різних типів медіа», «соціальні мережі залишаються лідером серед джерел новин для українців: 62% українців використовують їх для отримання новин (у 2019 році було 68%). Телебачення на другому місці – 52% (було 66%). Серед респондентів, які споживають новини не тільки із соцмереж, а й із традиційних медіа, більшість споживає новини з національного телебачення – 95%. З національних сайтів – 84%, з національного радіо – 82%. З друкованими виданнями ситуація інакша: з регіональних друкованих видань інформацію споживають 67% опитаних, тоді як з національних – 45%» [64].

Ці результати відображають тенденцію, яка складається протягом останнього десятиліття в українських медіа: аудиторія традиційних ЗМІ старішає, а молодь для отримання інформації обирає інтернет-медіа та соціальні мережі.

Крім результатів подібних досліджень, є й інші ознаки цього процесу, зокрема, на національних українських телеканалах домінує реклама різноманітних лікарських препаратів, орієнтована на аудиторію старшого віку, на пенсіонерів, які і є основною аудиторією сучасного українського ТБ, яка звикла споживати саме телевізійний медіа-продукт, у тому числі й новини про перебіг пандемії COVID-19.

Цікаво, що за даними цього ж опитування «найпопулярнішими джерелами новин серед загальнонаціональних друкованих медіа респонденти назвали «Аргументи і факти в Україні», «Сьогодні» і «Голос країни», при тому що перші два видання вже не виходять друком. Непогана впізнаваність у «Дзеркала тижня» та газети «День», які є аналітичними виданнями (хоча «Дзеркало тижня» з початку 2020 року теж припинило випуск друкованої газети)» [64].

Дійсно, щороку ми можемо спостерігати, як всеукраїнські й регіональні газети та журнали припиняють випуску своїх друкованих версій, чому є ряд об'єктивних причин (зростання цін на папір? друкарські послуги, доставку газет та журналів, на

послуги, пов'язані із забезпеченням організації передплати тощо). Цільова аудиторія українських газет та журналів теж старішає, поступово зменшується кількість представників «газетного покоління» – людей, які звикли читати друковані ЗМІ.

У молодій аудиторії такої звички немає, адже друковані ЗМІ по оперативності розповсюдження інформації програють усім іншим, і особливо – інтернет-медіа та соціальним мережам, тож молодь не розуміє – навіщо чекати, поки новина з'явиться на сторінках друкованого ЗМІ (через день, якщо мова йде про щоденні видання, а найвірогідніше – через кілька днів або навіть через тиждень), якщо вже протягом годин або навіть хвилин новина з'являється на екрані їх смартфона – на сайті інтернет-ЗМІ або в соціальних мережах.

До того ж для сучасної аудиторії додатковим чинником, що зменшує популярність друкованих ЗМІ є необхідність спеціально кудись йти, щоб купити газету або журнал, та і взагалі платити за примірник друкованого ЗМІ (у порівнянні з інтернет-медіа, які є безкоштовними з точки зору відсутності плати за доступ до інформації). Втім, власники відомих друкованих ЗМІ добре розуміють цінність бренду видання, тому не закривають газету чи журнал, а переводять ЗМІ в онлайн-формат.

У сучасних соціальних мережах інформація про пандемію COVID-19 подається у форматах, характерних і для іншого контенту. Особливостями цих форматів є доступність (щоб інформація була швидко зрозуміла будь-якому користувачеві соціальних мереж, незалежно від його рівня освіти, фахової підготовки тощо), наочність (максимальна візуалізація інформації, коли перевага віддається статичним та динамічним зображенням у порівнянні із текстом), зв'язок із трендами, актуальними для соціальних мереж на той час, коли розміщується інформаційне повідомлення.

Тут варто згадати про так звані «меми», коли актуальна проблема, у тому числі про пандемію COVID-19, подається у дотепній, жартівливій, іронічній формі, поєднуючи у собі відомі зображення – у тому числі й зображення відомих акторів та актрис із популярних фільмів та серіалів, – і текстову складову, яка теж може відповідати модним трендам, актуальним для користувачів соціальних мереж.

Про особливості контенту, характерного для сучасних соціальних мереж в умовах пандемії пише Є. Шкуров: «можна спостерігати моду на той чи інший тип контенту, який має загальноприйнятну специфіку змісту і форми. Наприклад, серед популярних «трендів» TikTok, присвячених COVID-19: «фото на самоізоляції», «маски з підручних матеріалів», «безпорадні батьки і домашнє завдання» тощо» [65, с. 54]. Дійсно, контент публікацій у сучасних соціальних мережах, присвячений пандемії COVID-19, носить переважно емоційний характер, тож проблеми, пов'язані з пандемією COVID-19 висвітлюються переважно у іронічному або гумористичному стилі, адже саме такий погляд на серйозні речі притаманний контенту сучасних соціальних мереж. Цей підхід не є позитивним чи негативним, він обґрунтований тим, що споживачі сприймають контент соціальних мереж переважно як інформаційно-розважальний, коли люди хочуть одночасно отримувати інформацію та розважатися.

Відповідно, значний відсоток публікацій у соціальних мережах майже на будь-яку тематику створюється та розміщується у менш серйозному стилі, ніж публікації ЗМІ. Якщо користувач соціальних мереж бажає розмістити інформацію із серйозним, а не дотепним заголовком, він зазвичай робить репост публікації ЗМІ, а не пише авторський текст із власним заголовком – до того ж публікації користувачів зазвичай не містять заголовків у традиційному розумінні, бо є технічні обмеження публікацій у соціальних мережах, і виділити заголовок можна лише певними засобами, наприклад, написати перше речення матеріалу повністю великими літерами (це речення буде вирізнятися поміж інших і виконувати функцію заголовку публікації користувача у соціальній мережі).

М. Гончар акцентує увагу на «новій ролі соціальних мереж як каналу комунікацій у ситуаціях, коли доступ до традиційних каналів обмежений. Соціальні мережі в періоди соціального напруження будуть отримувати нові функції та способи застосування, зокрема, виконувати просвітницьку роль» [66, с.4]. Втім, на наш погляд, обмеження доступу до традиційних медіа-каналів у сучасному українському суспільстві можливо у двох основних варіантах.

По-перше, це «зверху», коли влада з певних причин обмежує або взагалі закриває доступ аудиторії до визначеного переліку ЗМІ. Найлегше з технічної точки зору це зробити із медіа, які згідно з законодавством мають отримувати ліцензію на трансляцію, тобто традиційних телевізійних каналів (що й показали недавні приклади). Після такої заборони телеканал втрачає можливість трансляції як ефірне ТБ, через супутник та через кабельні мережі, і фактично перестає відігравати роль традиційного ЗМІ, хоча теоретична можливість певний час розповсюджувати інформацію шляхом використання інтернет-технологій залишається. Але аудиторія телеканалу, втративши звичні традиційні можливості його перегляду (такий спосіб споживання медіа-інформації є характерним для аудиторії сучасного телебачення), зазвичай не переходить до споживання інших медіа-каналів, наприклад, інтернет-ЗМІ, а обирає інший традиційний телеканал із переліку доступних для перегляду.

Також існують і застосовуються технічні можливості обмеження доступу «зверху» до інтернет-медіа, як до окремих сайтів (у тому числі інтернет-ЗМІ), так і до певних соціальних мереж. Втім, у інтернет-користувачів є технічні можливості обходити ці заборони, приклади чого ми можемо бачити у різних країнах світу.

Тож якщо ми говоримо про обмеження споживання традиційних медіа, які йдуть «зверху», від влади, то найважливіше тут – поведінка аудиторії після акту заборони або обмеження – наскільки для читачів, глядачів, слухачів важливим є споживання інформації саме з певного медіа-каналу і чи готові вони переключитися на медіа-споживання іншого ЗМІ? Також вартими уваги є технічні традиції медіа-споживання, що сформувалися у аудиторії за тривалий час і які вони не може або не бажає змінювати (як у випадку із переглядом традиційного телебачення).

І по-друге, це варіант обмеження «знизу», коли аудиторія свідомо обмежує свій доступ і, відповідно, медіа-споживання певних ЗМІ або медіа-каналів. Відбувається це з різних причин, як об'єктивних, так і суб'єктивних. Серед об'єктивних причин обмежень медіа-споживання є надзвичайно велика кількість інформації, яку на цей час транслюють різні медіа, і яка значно перевищує потреби пересічного споживача у потрібній йому інформації.

Більш того, на це впливає й ефект кросмедійності, коли матеріали, що базуються на одному й тому ж інформаційному приводі, розміщуються у різних медіа й відрізняються лише формою подання (у випадку з конкуруючими медіа це може проявлятися у заголовках публікацій, у виборі основної ілюстрації тощо). Відповідно, сучасний споживач інформації розуміє, що, наприклад, стрічка новин у різних інтернет-ЗМІ багато у чому схожа між собою і немає сенсу намагатися споживати новини із багатьох ЗМІ, можна обмежитися одним-двома ЗМІ, які подобаються з певних причин. При такому обмеженні «знизу» споживач не відчуває брак новин, адже будь-яке ЗМІ навряд чи не приділить увагу головним подіям, що відбуваються в країні (або у певному регіоні – якщо говорити про регіональні ЗМІ, і тут так само можна спостерігати обмеження «знизу» щодо споживання інформації).

Серед суб'єктивних причин обмеження медіа-споживання «знизу» варто відзначити зміни, які відбулися за останнє десятиріччя в Україні й усьому світі, коли відбулася індивідуалізація споживання інформації завдяки розвитку технологій виробництва смартфонів та мобільному інтернету. Сучасний користувач споживає значну частину інформації через екран власного смартфона і за допомогою цього ж пристрою користується соціальними мережами, тож ці два процеси поєднані технологічно, що й є однією з причин отримання інформації й новин зокрема саме із соціальних мереж.

У контексті спеціалізованого медичного інформування в період пандемії COVID-19 основною небезпекою обмеження медіа-споживання «зверху» та «знизу» є обмеженість поглядів на проблему, що для конкретного споживача інформації визначається ЗМІ та медіа, як він обрав для себе як пріоритетні. Небезпеки пропустити важливі новини щодо пандемії COVID-19 для активного споживача інформації сьогодні практично не існує, адже кожне сучасне медіа намагається приділити увагу найважливішим інформаційним приводам у своїх публікаціях, до того ж може це робити неодноразово протягом доби (використовуючи різні форми подання інформації) для залучення максимальну аудиторію. Проте, тривожні тенденції у медіа-споживанні у період пандемії COVID-19 відзначає Д. МакКормак,

директорка «Internews» в Україні, зокрема те, що «новини, які люди споживають на соціальних медіаплатформах, не завжди надійні, до того ж чимало людей стикалися з неправдивими історіями, пов'язаними з COVID-19 та іншими важливими темами» [67].

Ефекту кросмедійності приділяють увагу багато сучасних українських та закордонних науковців, зокрема О. Мельникова-Курганова відзначає, що саме «кросмедійність забезпечує представлення альтернативного контенту в різноманітних соціальних мережах» [68, с. 138], а М. Матассі та П. Бочковські розглядають «кросмедіа як одночасне використання соціальних мереж з іншими медіа» [69, с. 207].

Н. Бхарадвай, М. Балінгс та П. Найк відзначають, що «сучасна аудиторія часто бере участь в кросмедійному споживанні, наприклад, дивиться телевізійні програми одночасно з переглядом повідомлень в соціальних мережах на іншому носії тощо» [70, с. 17]. Дійсно, подібний ефект кросмедійності існує, але варто зазначити, що він характерний лише для аудиторії, яка поєднує споживання інформації з традиційних ЗМІ (телебачення, радіо) із новими медіа, соціальними мережами зокрема. В Україні це характерно переважно для аудиторії середнього віку, адже користувачі старшого віку (пенсіонери тощо) віддають перевагу традиційним способам медіаспоживання – перегляду новин та інформаційних програм на телеканалах тощо, й при цьому можуть взагалі не користуватися смартфонами, мобільним інтернетом і соціальними мережами.

Натомість, молода аудиторія в Україні віддає перевагу новим медіа як джерелам інформації та не є активними споживачами інформації через традиційні медіаканали. Саме з цієї причини традиційні ЗМІ використовують соціальні мережі, а в останні роки – і деякі месенджери, для доставки свого медіа-продукту до молодій аудиторії, даючи їй можливість читати, слухати та дивитися свої публікації тим способом, до якого звикла сучасна молодь. Відповідно, ці особливості транслювання інформації для різних сегментів сучасної аудиторії треба враховувати при підготовці та розміщенні у сучасних медіа спеціалізованої медичної інформації про проблеми пандемії COVID-19.

Для сучасного індивіда не є характерним споживання інформації з одного-єдиного джерела, як це могло бути раніше, коли основним джерелом інформації могла слугувати певна газета, інформаційна програма на телебаченні тощо.

Суттєве збільшення кількості традиційних ЗМІ за період незалежності України, поява нових медіа і соціальних мереж дозволяє сучасній аудиторії щоденно споживати інформацію з кількох різних джерел, і ці поєднання джерел є індивідуальними для кожного індивіда, наприклад, це може бути поєднання новин на всеукраїнських телеканалах і у соціальних мережах, публікацій у регіональних ЗМІ та інформації з всеукраїнських інтернет-медіа тощо.

Отримання інформації, що базується на схожих, або тих самих інформаційних приводах з різних медіа і створює ефект кросмедійності, перехрещування публікацій на схожі теми між собою. Це може бути як однотипні медіа (наприклад, інтернет-ЗМІ), так і різні типи мас-медіа (телеканали + соціальні мережі). Ці медіа відрізняються одне від одного особистостями журналістів, редакційною політикою тощо, і подання інформації за одним і тим же інформаційним приводом може відрізнитися.

У кросмедійного споживання інформації є певні переваги й недоліки. Зокрема, отримання аудиторією різних точок зору на певну проблему дозволяє споживачу інформації сформулювати власну думку, більш різнопланову у порівнянні з думкою, що базується на інформації, отриманій з одного-єдиного джерела. З іншого боку, різнобічне подання інформації різними медіа може дещо заплутати аудиторію (особливо якщо тема нова або складна, як у випадку з COVID-19).

Втім, процес кросмедійного споживання інформації вже не можна зупинити, адже мало хто із сучасної аудиторії стане добровільно обмежувати себе одним-єдиним джерелом інформації, навпаки, коли тема актуальна і дійсно хвилює суспільство – а у випадку з проблемами, пов'язаними з пандемією COVID-19 це дійсно так, – можна спостерігати намагання аудиторії отримати якомога більше різноманітної інформації з різних медіа-джерел. Це прагнення є позитивним у випадку, якщо ці медіа-джерела є якісними ЗМІ, є надійними й перевіреними постачальниками інформації, але, на жаль, часто трансльована інформація не перевіряється її

розповсюджувачами (переважно це стосується інформації, яка розповсюджується у соціальних мережах), тож у підсумку може відбуватися розповсюдження недостовірної інформації, фейків тощо.

Отже, з'ясувавши особливості спеціалізованого медичного інформування у період пандемії COVID-19 (зокрема те, як сучасні медіа транслюють медичну інформацію) та враховуючі ефект кросмедійності (синергетичний вплив медіа в контексті медичного інформування про пандемію), для досягнення мети ми застосували метод моделювання.

Розроблену модель засобів спеціалізованого медичного інформування представлено на схемі нижче.

Соціокомунікаційна модель у сфері медичного інформування як чинник безпеки особистості



Розроблена нами соціокомунікаційна модель у сфері медичного інформування призначена для демонстрації механізмів впливу та розповсюдження інформації, зокрема як процесу, де трансляція медичного інформування (певні інформаційні приводи, які з'являються в українському та міжнародному медіа-просторі) проходить наступний етап – трансляцію через різноманітні медіа-канали (традиційні ЗМІ – телебачення, радіо, друкована преса; інтернет-ЗМІ; соціальні мережі тощо), при цьому виникає ефект кросмедійності, коли медична інформація на основі одного і того ж інформаційного приводу транслюється у багатьох медіа одночасно.

Саме сучасні медіа як потужні транслятори спеціалізованого медичного інформування у період пандемії COVID-19 здійснюють вплив на суспільство. Точніше, кожне з медіа здійснює вплив на власну цільову аудиторію (читачі, глядачі, слухачі) як частинку суспільства, але ефект кросмедійності дозволяє говорити про потужний масовий вплив як на суспільство загалом, так і на кожного окремого індивіда окремо.

Трансляція спеціалізованої медичної інформації здійснює вплив на моделі поведінки сучасної особистості, при цьому ці моделі поведінки можуть бути як соціально схвалюваними, так і соціально не схвалюваними. Тож наступним етапом нашого дослідження є визначення основних моделей поведінки індивіда в період пандемії COVID-19 та впливу на них спеціалізованого медичного інформування.

Прикладами соціально схвалюваних моделей поведінки у період пандемії COVID-19 є: дотримання карантинних обмежень (носити захисну медичну маску, ретельно мити руки, користуватися антисептиком, дотримуватися соціальної дистанції, за можливості обмежувати соціальні контакти тощо), вакцинація, розповсюдження через соціальні мережі лише перевіреної інформації про пандемію COVID-19, допомагати іншим дотримуватися карантинних обмежень (наприклад, допомагати самотнім сусідам похилого віку зробити необхідні покупки, оплатити комунальні витрати через інтернет та ін.), застерігати рідних і близьких від ігнорування карантинних обмежень тощо.

Прикладами соціально не схвалюваних моделей поведінки у період пандемії COVID-19 є: недотримання карантинних обмежень або їх відверте й зухвале ігнорування, заперечення необхідності та ефективності вакцинації (у тому числі розповсюдження негативної неперевіреної інформації про певні види вакцин), розповсюдження через соціальні мережі недостовірної інформації про пандемію COVID-19 та відвертих фейків, закликання інших ігнорувати карантинні обмеження тощо.

У сучасної людини є вибір, яку модель поведінки обирати у певній ситуації. Втім, в умовах пандемії COVID-19 особливої актуальності набуває стимулювання соціально відповідальних, бажаних, соціально схвалюваних моделей поведінки особистості. М. Слюсаревський слушно вважає, що варто «підкріплювати бажану поведінку населення всіма можливими способами позитивної підтримки, зокрема, за кожної сприятливої нагоди висловлювати громадянам вдячність за турботу про себе та інших людей, за сумлінну та свідому поведінку, зміцнювати у їхній свідомості почуття гідності та громадянської відповідальності» [71, с. 4].

Дійсно, на життя сучасної особистості впливає віртуальне середовище (соціальні мережі, інтернет-ресурси, месенджери тощо), це підкреслює П. Файчон: «Інтернет і соціальні медіа відіграють важливу роль у процесі соціалізації» [72, с. 38]. Відповідно, інтернет-ЗМІ та соціальні мережі можуть формувати або розширювати уявлення особистості про соціально схвалювану чи не схвалювану поведінку.

Ще одним способом впливу на суспільство у період пандемії COVID-19 для формування соціально схвалюваних моделей поведінки є наявність у спеціалізованому медичному інформуванні позитивних прикладів, героями яких можуть бути як маловідомі люди, так і «зірки». Досвід рекламної галузі, в якій ще з XIX століття активно використовуються відомі особистості, що досягли успіху у певній сфері, активно використовується й у сучасній соціальній рекламі, коли «зірки», «селебриті» пропагують соціально відповідальну, схвалювану суспільством поведінку у період пандемії COVID-19 (дотримання карантинних обмежень, вакцинація тощо). Про це пише й М. Слюсаревський: «варто постійно задіювати як потужний інструмент впливу на суспільство особистий приклад політичних і громадських лідерів,

інших «селебріті», відповідно, дотримання правил безпеки має стати не лише соціальною нормою, а й ознакою соціального престижу» [71, с. 4].

У період пандемії COVID-19 у сучасному суспільстві взаємодія між ініціаторами соціальної реклами та цільовою аудиторією полягає, зокрема, у підтримці в рекламі соціально схвалюваної поведінки, акценті на досягненні суспільно корисних цілей, популяризації безпечної поведінки, конкретизації рекомендованих у соціальній рекламі дій та позитивних змін, тож демонстрація в рекламних повідомленнях певних моделей поведінки може базуватися на популяризації зразків дій цільової аудиторії та трансляції образу бажаного майбутнього (зменшення захворювань на COVID-19, вироблення в українському суспільстві колективного імунітету завдяки вакцинації тощо).

Зазвичай процес комунікації відбувається так: аудиторії демонструють набір норм і правил, під час виконання яких її поведінку можна буде назвати соціально схвалюваною. У соціальній рекламі їх транслюють у доступній формі, норми і правила подаються через дії героїв соціальної реклами, поведінка яких є соціально схвалюваною.

Запропонована в соціальній рекламі модель поведінки може демонструватися як соціально схвалювана (показ позитивного прикладу) або ж, навпаки, демонструються проблеми, що виникають у разі, якщо цільова аудиторія дотримується протилежної моделі поведінки, адже одним із способів побудови соціальної реклами є демонстрація протиставлення «погано – добре». Герої, які дотримуються запропонованих норм і правил, схвалюються суспільством, якщо навпаки – то засуджуються.

Відповідно, соціальна реклама демонструє соціально схвалювані моделі поведінки в різних ситуаціях (у період пандемії це переважно поведінка, спрямована на забезпечення безпеки особистості) та інформує про головні «больові точки» сучасного суспільства. Тут можна погодитися з Б. Війя, який зазначає, що соціальна реклама «сприяє просуванню цінностей доброти й гуманності, надихає і мотивує

людей робити добрі справи, які будуть мати значний вплив на громади, в яких живе людина» [73, с.75].

Після виконання певних дій аудиторія очікує, що її поведінка виявиться соціально схвалюваною для рідних, друзів, знайомих тощо, адже, як стверджує В. Єсауленко, «зараз ми практично не приймаємо рішення без звернення до своєї офлайн-і онлайн-спільноти, без опори на її думку, пораду або відгук, особливо, якщо у нашого соціального оточення вже є подібний досвід» [74].

Відповідно, у соціальній рекламі, присвяченій проблемам пандемії COVID-19, може демонструватися фактор схвалення як сюжет реклами, коли герої демонструють правильність вибору, зробленого цільовою аудиторією (збереження соціальної дистанції, вакцинація тощо), коли героїв хвалять та заохочують за рекомендований у соціальній рекламі вибір. Можна спостерігати зв'язок задоволеності аудиторії з соціальним схваленням, що може бути виражено як у процесі особистого спілкування, так і через соціальні мережі (лайки, коментарі, репости тощо).

Бажання отримати віртуальне схвалення своєї поведінки змушує відомих особистостей розміщувати у соціальних мережах, наприклад, фотографії своєї вакцинації, а схвалення оточуючих стає головним чинником дій, складовими яких є соціально схвалювані моделі поведінки, що забезпечує позитивну реакцію оточуючих.

Коли у журналістських публікаціях або у соціальній рекламі цільовій аудиторії пропонується зробити щось морально обґрунтоване, правильне, соціально орієнтоване, то наслідком подібних дій цільової аудиторії є відчуття у неї морального задоволення від реалізації соціально схвалюваних моделей поведінки.

Відповідно, наслідком є задоволеність і кожного окремого індивіда, який зробив вибір, рекомендований у соціальній рекламі, адже, як констатує Т. Данильченко, «важливо, що оцінка задоволення соціальних потреб спирається на еталон, наданий іншими людьми, який змінюється залежно від часу, групової належності, культури» [75, с.62].

Зазвичай у різних сюжетах соціальної реклами аудиторії пропонуються різноманітні цінності, але у період пандемії мова переважно йде про цінність здоров'я,

які в соціальній рекламі можуть уособлювати певні персонажі, зокрема лікарі та медичні працівники.

Соціалізація індивіда у період пандемії теж передбачає особливе значення цінності здоров'я, відповідно у соціальній рекламі демонструється її значущість як необхідного атрибуту людського буття.

Серед особливостей соціальної реклами варто також відзначити її вплив на формування у споживачів соціально схвалюваних дій у період пандемії та їх підтвердження як правильної моделі поведінки. Соціальна реклама виконує функції медичного інформування, транслюючи актуальні знання про віруси, захворювання та засоби їх успішного лікування.

Аудиторія може відчувати задоволення від власних соціально схвалюваних дій (дотримання карантинних обмежень, вакцинація тощо), що є у тому числі результатом впливу соціальної реклами, а також від зміни власної поведінки на соціально схвалювану шляхом прийняття норм і правил відповідно до рекомендацій із соціальної реклами.

ВИСНОВКИ

У результаті виконання другого етапу дослідження, на основі аналітичних пошуків та напрацювань, визначено, що:

– найбільшими побоюваннями населення, пов'язаними з пандемією є: переживання за рідних щодо загрози ускладнень від Covid-19 (82%); переживання за рідних/близьких щодо загрози захворіти (82%); ризик не отримати належної медичної допомоги у зв'язку із захворюваннями не пов'язаними із Covid-19 (78%);

– ключовими причинами страхів та побоювань для себе щодо загрози захворіти на Covid-19 респонденти виділили: контакти з людьми через необхідність працювати (54,4%); контакти з людьми через необхідність здійснювати покупки та платежі (43,7%); відсутність захисних масок у оточуючих (31,8%). Досить значимими є також причини щодо підвищеної загрози заразитися через: співжиття разом із батьками/дітьми/онуками (26,3%); недотримання дистанції в публічних місцях (23,8%); переповнений громадський транспорт (23,1%);

– причинами страхів та побоювань для себе щодо загрози ускладнень від Covid-19 є: нерозуміння того, як на вірус відреагує організм (54%), непередбачуваність хвороби (43%), слабкість власного імунітету (26%). Причинами страхів та побоювань для себе щодо загрози померти є: непередбачуваність хвороби (44,6%), неналежний рівень медичних послуг (39,9%), відсутність ліків від COVID-19 (38,3%) та неможливість госпіталізації через наповненість медичних закладів (29,9%);

– в умовах формування звички жити в ситуації перманентної тривоги, населення, з одного боку втомилосся від необхідності дотримуватися карантинних обмежень і тим самим недооцінює загрозу захворювання для себе, а з іншого боку – переживає психологічну напругу і стреси через хвилювання за рідних та за себе;

– опитані стверджують, що інформації щодо Covid-19 багато, але вона суперечлива і недостовірна (38,6%), інша частина населення зазначають, що інформації досить і знайти її неважко (36,1%). Найбільш поширеними джерелами пошуку інформації про хворобу/лікування є Інтернет та соціальні мережі (57,7%), традиційні

ЗМІ (телебачення/радіо/газет) (45,6%); родичі/знайомі, які перехворіли (37,1%).

Найрідше звертаються за інформацією до сімейного лікаря (17,7%);

– з точки зору геополітики пандемія привела до розриву традиційних зв'язків, вимушеної самоізоляції держав, закриття зовнішніх кордонів, а в багатьох випадках і до обмеження переміщень між регіонами або окремими територіями однієї країни і т.д. Особливого значення під час пандемії набуває цінність «дружнього плеча», а саме – глобальна солідарність країн, солідарність людей, глобальна співпраця;

– населенню не вистачає інформації про: ліки та засоби, які забезпечать реальний захист (39,6%); лікування легкої форми (32,8%); реабілітацію (32,3%); лікування складної форми (29,2%); захист від хвороби та профілактику (28,1%) й алгоритм звернення за медичною допомогою (28%);

– громадяни не надто довіряють офіційній інформації про кількість інфікованих і ступінь тяжкості хвороби (42,1%) і ще 40% – не впевнені, довіряти чи ні. Маючи розуміння дотримання медичних обмежень щодо карантину, вбачається неважким залишати без уваги і соціальні показники недовіри між людьми й схильності їх до патерналістської поведінки, очікування рішень від влади;

– вирішальним у ситуації з великою кількістю пацієнтів є перехід від пацієнтоцентричного до орієнтованого на групу чи населення підходу. При першому максимально забезпечуються потреби одного пацієнта, а за груповим підходом, забезпечується якомога нижчий рівень захворюваності чи смертності в конкретних групах населення. Це збільшує тиск на відповідальних осіб, лікарів які в таких умовах повинні приймати рішення, адже вони до цього не звикли;

– особисте сприйняття загрози залежить від низки чинників: соціального стану, системи цінностей, почуття захищеності або незахищеності тощо. Аналіз загроз і ризиків передбачає також і розуміння наслідків тих чи інших маніпуляцій із інформацією;

– під час пандемії COVID-19 засоби масової інформації виступають не лише як агрегатори всієї інформації, що надходить від влади, лікарів та експертів тощо, а й трансляторами правил життя в новій реальності. Уміння оперувати мовними

засобами є принципово важливими, оскільки саме вони є інструментом маніпулятивної дії. Система мовних засобів дозволяє, крім простого інформування, впроваджувати у свідомість того, хто підлягає маніпуляції, потрібну авторові точку зору, нав'язувати йому ту або іншу систему оцінок;

– завдяки створенню моделі засобів спеціалізованого медичного інформування визначено основні особливості медичного інформування у період пандемії COVID-19 та удосконалено фахову оцінку комунікацій у сфері спеціалізованого медичного інформування та безпеки особистості, зокрема щодо засобів боротьби з дезінформацією та фейками, способів протидії інформаційним атакам, особливостей впливу інформаційних приводів на аудиторію тощо;

– на процес трансляції спеціалізованої медичної інформації в період пандемії COVID-19 значний вплив має ефект кросмедійності, характерний для сучасного медіа-споживання;

– у соціокомунікаційному дискурсі з'ясовано основні моделі поведінки у період пандемії COVID-19, які можуть копіюватися цільовою аудиторією, а для посилення ефекту в якості прикладу соціально схвалюваних моделей поведінки можуть бути використані відомі українці та українки, і у цьому випадку на аудиторію впливає мотив уподібнення зі знаменитостями.

Новизна та практичне значення результатів дослідження є важливими для виявлення чинників впливу пандемії на стан національного інформаційного простору, тож цікавість для науки і практики отриманих результатів полягає у можливості їх використання українськими журналістами і PR-фахівцями, які спеціалізуються у сфері медичного інформування та безпеки особистості, для вироблення спеціалізованої медичної інформації на науковій основі та верифікованих фактів.

Подальша реалізація проєкту дозволить завершити побудову науково обґрунтованої, цілісної, багатокomпонентної, експериментально перевіреної, безпекової моделі соціальної комунікації в системі спеціалізованого медичного інформування, здатної комплексно здійснювати інформаційні кампанії в періоди соціальних потрясінь та надзвичайних ситуацій.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Звіт за результатами соціологічного опитування «Мотивація дотримання/недотримання населенням України карантинних обмежень». Суми: СумДУ, 2021. 49 с. Режим доступу: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/82443/1/Zvit_COVID.pdf
2. Додонова В. І., Додонов Д. Р. Ціннісна матриця людини в постпандемічний період. Суспільно-політичні процеси в умовах пандемії: особливості та виклики [Електронне видання] : тези доповідей Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 16 квітня 2021 р.) / відп. ред. А. А. Кравченко. – Київ : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2021. – С. 18.
3. Yuval Noah Harari. The world after coronavirus. The Financial Times, 20.03.2020. URL: <https://www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75>.
4. IATA. URL: <https://www.iata.org/> Дата звернення 03.07.2021.
5. The Spending Review 2020 speech as delivered by Chancellor Rishi Sunak. 25 November 2020. URL: <https://www.gov.uk/government/speeches/spending-review-2020-speech>.
6. Cox Jeff. Second-quarter GDP plunged by worst-ever 32.9% amid virus-induced shutdown.. JUL 30 2020. URL: <https://www.cnbc.com/2020/07/30/us-gdp-q2-2020-first-reading.html>.
7. Колісниченко Вадим. ВВП Індії в другому кварталі впав на рекордні 23,9%. 01 вересня 2020. URL: <https://gmk.center/ua/news/vvp-indii-v-drugomu-kvartali-vpav-na-rekordni-23-9/>.
8. The Employment Situation – JUNE 2021/ News releas Bureau of labor statistics U.S. Department of Labor. U.S. July 2, 2021. URL: <https://www.bls.gov/news.release/pdf/empisit.pdf>.
9. Partington Richard. UK unemployment rate falls to 4.9% despite Covid restrictions. 20 Apr 2021. URL: <https://www.theguardian.com/business/2021/apr/20/uk-unemployment-rate-covid-redundancies>.

10. India's unemployment in 2020 at worst level in 29 years, shows study. BusinessToday.In. May 28, 2021. URL: <https://www.businesstoday.in/jobs/story/india-unemployment-in-2020-at-worst-level-in-29-years-shows-study-297195-2021-05-28>.

11. Як COVID-19 впливає на навколишнє середовище? BDO Україна. 27 січня 2021. URL: <https://www.bdo.ua/uk-ua/insights-2/information-materials/2021/how-does-covid-19-impact-the-environment>.

12. Передбачати, готуватися та реагувати на кризи: інвестуймо зараз у стійкі системи БЗР: доповідь. Міжнародне бюро праці – Женева, МОП, 2021. URL: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_783701.pdf.

13. The Shadow Pandemic: Violence against women during COVID-19. URL: <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>.

14. Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic. URL: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_748638.pdf.

15. Кухта М. П. Цифровізація соціальної взаємодії в умовах коронавірусної кризи. Суспільно-політичні процеси в умовах пандемії: особливості та виклики [Електронне видання] : тези доповідей Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 16 квітня 2021 р.) / відп. ред. А. А. Кравченко. Київ : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2021. С. 31.

16. Гречуха Ю. С., Красільнікова О. В. Деякі тенденції масової свідомості людей. Суспільно-політичні процеси в умовах пандемії: особливості та виклики [Електронне видання] : тези доповідей Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 16 квітня 2021 р.) / відп. ред. А. А. Кравченко. Київ : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2021. С. 15.

17. Стратегія національної безпеки України. Режим доступу: <https://www.president.gov.ua/documents/3922020-35037>.

18. Як шахраї в Німеччині використовують коронавірус у своїх цілях // Deutsche Welle : сайт. 20.04.2020. URL: <https://www.dw.com/uk/a-53147244> (дата звернення: 10.05.2020).

19. Увага, шахраї! Коронавірус допомагає аферистам створювати нові шахрайські схеми // Незалежна асоціація банків України : сайт. 27.03.2020. URL: <https://nabu.ua/ua/uvaga-shahrayi-koronavirus-dopomagaye-aferistam.html>; Засаднюк А. Ліки «від коронавірусу» та інші шахрайства. Як легко померти через власну довірливість // УНІАН : сайт. 27.04.2020. URL: <https://www.unian.ua/society/likiv-vid-koronavirusu-ta-inshi-shahraystvayak-legko-pomerti-cherez-vlasnu-dovirlivist-novini-ukrajini-10975121.html>.

20. Paola Giuliano, Imran Rasul. Compliance with social distancing during the Covid-19 crisis - <https://voxeu.org/article/compliance-social-distancing-during-covid-19-crisis>.

21. Kostenko, A.M., Svitailo, N.D., Nazarov, M.S., Kurochkina, V.S., Smilianov, Y.V. STRENGTHENING SOCIETAL RESILIENCE DURING COVID-19 PANDEMIC // Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960), 2021, 74(5), стр. 1137–1141 // <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2021/WLek202105117.pdf>.

22. Руда Т. В. Теоретичні аспекти формування соціального капіталу в Україні / Т. В. Руда, О. С. Нагорічна // Інноваційна економіка. – 2020. № 3-4 – С.120–126.

23. Сибиряков С. О. Комунікативні практики у державному управлінні в контексті розвитку інформаційного суспільства / С. О. Сибиряков // Публічне управління: теорія і практика : збірник наукових праць Асоціації докторів наук з державного управління. – Х. : Вид-во «ДоуНаукДержУпр», 2010. – Вип. № 3–4. – С. 112–119.

24. Сибиряков С. Соціальні медіа як середовище архетипного впливу на масову свідомість / С. Сибиряков // Публічне управління: теорія і практика : збірник наукових праць Асоціації докторів наук з державного управління. – Х. : Вид-во «ДоуНаукДержУпр», 2013. – Вип. № 1 (13). – С. 202–210.

25. Сибиряков С. О. Соціальний капітал державних службовців України як чинник становлення громадянського суспільства / С. О. Сибиряков. // Державне управління: удосконалення та розвиток. - 2013. - № 4. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2013_4_8.

26. Garrido S. Plenty of trust, not much cooperation: Social capital and collective action in early twentieth century eastern Spain. *European Review of Economic History*. 2014. Vol. 18(4). P. 413–432.

27. Руда Т. В. Соціальний капітал як елемент забезпечення національної безпеки // <https://www.ndifp.com/1374/>

28. Kostenko, A.M., Svitailo, N.D., Nazarov, M.S., Kurochkina, V.S., Smiianov, Y.V. STRENGTHENING SOCIETAL RESILIENCE DURING COVID-19 PANDEMIC // *Wiadomosci lekarskie* (Warsaw, Poland : 1960), 2021, 74(5), стр. 1137–1141 // <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2021/WLek202105117.pdf>.

29. Rachel Kleinfeld. Do Authoritarian or Democratic Countries Handle Pandemics Better? <https://cutt.ly/jlBII93>.

30. Razumkov Center. Оцінка громадянами ситуації в країні, рівень довіри до соціальних інститутів та політиків, електоральні орієнтації громадян (жовтень–листопад 2020р.) <https://razumkov.org.ua/napriamky/sotsiologichni-doslidzhennia/otsinka-gromadianamy-sytuatsii-v-kraini-riven-doviry-do-sotsialnykh-institutiv-ta-politykiv-elektoralni-orientatsii-gromadian-zhovten-lystopad-2020r>.

31. Звіт за результатами соціологічного опитування "Мотивація дотримання/недотримання населенням України карантинних обмежень". – Суми: СумДУ, 2021. 53 с.. <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/82443>.

32. Доступ и распределение: как будет осуществляться справедливое и равноправное распределение дефицитных вакцин? URL: <http://surl.li/adeyug>.

33. Георг Маркманн. Коронавірус і етика: Як діяти, коли бракує апаратів вентиляції легень URL: <http://surl.li/adeuz>.

34. Катрин Кнохель. Трудные, трагические решения URL: <http://surl.li/adevgr>.

35. Иссерс О. С. Речевое воздействие : [учеб. пособие]. М. : Флинта, 2009. – 224 с.

36. Палійчук А. Л. Наративний код інтимізації (на матеріалі англомовного художнього дискурсу) : дис. ... кандидата філол. наук : 10.02.04 / А. Л. Палійчук. – Луцьк, 2011. – 253 с.

37. Науменко А. М. Філологічний аналіз тексту (Основи лінгвопоетики) : [навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів]. – Вінниця : Нова Книга, 2005. – 416 с.

38. Дейк Т. А. ван. Язык. Познание. Коммуникация [пер. с англ.]. – М. : Прогресс, 1989. – 312 с.

39. Chowell Gerardo, Mizumoto Kenji. The COVID-19 pandemic in the USA: what might we expect? April 04, 2020. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30743-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30743-1/fulltext). DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30743-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30743-1).

40. O'Grady Siobhán, Noack Rick , Mettler Katie, Knowles Hannah , Armus Teo, Wagner John, Shammass Brittany and Berger Miriam. U.S. records more than 2,000 coronavirus deaths in one day, global death toll reaches 100,000. April 11, 2020. URL: <https://www.washingtonpost.com/world/2020/04/09/coronavirus-latest-news/>.

41. Chowdhury Miraj Ahmed. Tips for Journalists Covering COVID-19. March 10, 2020. URL: <https://gijn.org/2020/03/10/tips-for-journalists-covering-covid-19/>.

42. Mulcahey Taylor. 10 tips for journalists covering COVID-19. IJNET(International Journalists' Network). 05.05.2020.

43. What is coronavirus? The different types of coronaviruses. 25 Mar 2020. URL: <https://coronavirusexplained.ukri.org/en/article/cad0003/>.

44. Connecting the world to combat coronavirus. URL: <https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus>.

45. Gallagher James. Coronavirus: Is the world winning the pandemic fight? 10 August 2020. URL: <https://www.bbc.com/news/health-53694982>.

46. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public. 1 July 2021. URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.

47. Tunçgenç Bahar, Newson Martha, Deroy Ophelia. Why we're more likely to follow COVID-19 rules when our families and friends do. January 28, 2021. URL: <https://theconversation.com/why-were-more-likely-to-follow-covid-19-rules-when-our-families-and-friends-do-153695>.

48. Parker-Pope Tara. 5 Rules to Live By During a Pandemic. June 9, 2020. URL: <https://www.nytimes.com/2020/06/09/well/live/coronavirus-rules-pandemic-infection-prevention.html>.
49. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020. URL: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
50. Giliberto Capano, Michael Howlett, Darryl S.L. Jarvis, M. Ramesh & Nihit Goyal (2020). Mobilizing Policy (In) Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses, *Policy and Society*, 39:3, 285-308, DOI: 10.1080/14494035.2020.1787628. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14494035.2020.1787628>.
51. National Doctor's Day 2021: Role of Doctors During the COVID-19 Pandemic. JULY 01, 2021. URL: <https://www.news18.com/news/lifestyle/national-doctors-day-2021-role-of-doctors-during-the-covid-19-pandemic-3906857.html>.
52. Enabling safe and effective volunteering during coronavirus (COVID-19). 13 November 2020. URL: <https://www.gov.uk/guidance/enabling-safe-and-effective-volunteering-during-coronavirus-covid-19>.
53. COVID-19 drives global surge in volunteering. URL: <https://www.un.org/en/coronavirus/covid-19-drives-global-surge-volunteering>.
54. Khan S, Siddique R, Ali A, Bai Q, Li Z, Li H, Shereen MA, Xue M, Nabi G. The spread of novel coronavirus has created an alarming situation worldwide. *J Infect Public Health*. 2020 Apr;13(4):469-471. doi: 10.1016/j.jiph.2020.03.005. Epub 2020 Apr 2. PMID: 32247752; PMCID: PMC7129132. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32247752/>.
55. Scarcella Joshua. Courage in the Face of COVID-19. Published online 2020 Jul 8. doi: 10.1097/ACM.00000000000003591. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7363370/>.

56. Cooper Kelly-Leigh. Coronavirus: How to cope with living alone in self-isolation. BBC News. Published 14 April 2020. URL: <https://www.bbc.com/news/world-52196816>.

57. Магда Є. Пандемія COVID-19 та дезінформаційні кампанії: кейс України. Вісник Львівського університету. Серія філос.-політолог. студії. 2020. Вип. 30. С.176–182.

58. Батиргарєєва В. С. Основні напрями протидії поширенню дезінформації (на прикладі пандемії COVID-19). *Інформація і право*. № 2 (33). 2020. С. 121–131.

59. Мотрук Д. Питання вибору вакцини від COVID-19 в Україні та у світі. Ліки України. 2021. № 1 (247). С. 17–18.

60. Фуглевич К. А. Медіаграмотність у період інфодемії: тенденції, інструменти, технології. Херсон : ХДУ, 2020. 45 с.

61. Мілосердов В. В. COVID-19 як соціальний актор у наративі соціальних медіа МОЗ України. Київ : Національний університет «Києво-Могилянська академія», 2020. 70 с.

62. Столярова А. А. Особливості мовної репрезентації пандемії нової коронавірусної інфекції у грецьких ЗМІ. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Сер.: Філологія*. 2020. № 46. Т. 2. С. 156–159.

63. Hamaguchi R., Nematollahi S., Minter D. Picture of a pandemic: visual aids in the COVID-19 crisis. *Journal of Public Health*. 2020. Vol. 42. № 3. P. 483–485.

64. Закусило М. Соцмережі й телебачення – основні джерела новин для українців; довіра до національних медіа впала (дослідження). Детектор медіа. 16 жовтня 2020. <https://detector.media/infospace/article/181614/2020-10-16-sotsmerezhi-y-telebachennya-osnovni-dzherela-novyn-dlya-ukraintsiv-dovira-do-natsionalnykh-media-vpala-doslidzhennya/>. (дата звернення: 15.06.2021).

65. Шкуров Є. В. Макдоналізація і соціальні медіа за умов COVID-19. Суспільно-політичні процеси в умовах пандемії: особливості та виклики : тези доповідей Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 16 квітня 2021 р.). Київ: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2021. С.51–54.

66. Гончар М. В. Роль соціальних мереж у ситуаціях соціального напруження. Київ: Національний університет «Києво-Могилянська академія», 2020. 89 с.
67. Закусило М. Більшість українців стикалися з чутками про коронавірус, третина вважала їх правдою – дослідження. Детектор медіа. 16 жовтня 2020. <https://ms.detector.media/mediadoslidzhennya/post/25743/2020-10-16-bilshist-ukraintsiv-stykalysya-z-chutkamy-pro-koronavirus-tretyna-vvazhala-ikh-pravdoyu-doslidzhennya/>. (дата звернення: 15.06.2021).
68. Мельникова-Курганова О. Альтернативні соціальні медіа: локальний вимір. Образ. 2021. Вип. 1 (35). С. 133-141.
69. Matassi M., Wozzkowski P. An agenda for comparative social media studies: the value of understanding practices from cross-national, cross-media, and cross-platform perspectives. *International Journal of Communication*. 2021. Vol. 15. P. 207–228.
70. Bharadwaj N., Ballings M., Naik P. A. Cross-media consumption: Insights from super bowl advertising. *Journal of Interactive Marketing*. 2020. Vol. 50. P. 17–31.
71. Слюсаревський М. М. Про стан суспільної свідомості та заходи з його поліпшення в умовах пандемії COVID-19. Вісник Національної академії педагогічних наук України. 2020. Вип. 2. № 2. С. 1–4.
72. Thaichon P. Consumer socialization process: The role of age in children's online shopping behavior. *Journal of Retailing and Consumer Services*. 2017. Vol. 34. P. 38–47.
73. Wijaya B. S. The Development of Hierarchy of Effects Model in Advertising. *International Research Journal of Business Studies*. 2012. Vol. 5. № 1. P. 73–85.
74. Есауленко В. Захват матрицей мира индивидуальностей или Сказка о Золушке по модели 5А. *Marketing Media Review*. 02.11.2018. http://mmr.ua/show/zahvat_matritsej_mira_individualnostej_ili_skazka_o_zolushke_po_modeli_5a. (дата звернення: 15.06.2021).
75. Данильченко Т. В. Психологія суб'єктивного соціального благополуччя : дис... д-ра психологічних наук : 19.00.05. Київ, 2018. 557 с.

ДОДАТКИ

Додаток А.

Науково-дослідні статті:

1. Sadivnychy V., Nazarov M., Lebid A. People's Information Security during a Pandemic and in the Post-Pandemic Period as a Systemic Phenomenon in Terms of Their Protectedness. *International Journal of Media and Information Literacy*. 2021. 6(1), стр. 193–200. DOI: 10.13187/ijmil.2021.1.193

2. Kostenko, A. M., Yasenok, V. O., Svitailo, N. D., Smiianova, O. I., Huschuk, I. V. APPLICATION OF BEHAVIORAL ECONOMICS INSIGHTS TO INCREASE EFFECTIVENESS OF PUBLIC AWARENESS OF COVID-19 // *Wiadomosci lekarskie* (Warsaw, Poland : 1960), 2021, 74(5), стр. 1125–1129. // <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2021/WLek202105114.pdf>

3. Kostenko, A. M., Svitailo, N. D., Nazarov, M. S., Kurochkina, V. S., Smiianov, Y. V. STRENGTHENING SOCIETAL RESILIENCE DURING COVID-19 PANDEMIC // *Wiadomosci lekarskie* (Warsaw, Poland : 1960), 2021, 74(5), стр. 1137–1141 // <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2021/WLek202105117.pdf>.

4. Яненко, Ярослав. Інфографіка як засіб медичного інформування у період пандемії COVID–19. *Образ: наук. Журнал : Суми ; Київ, 2021, випуск 2(36). С. 3–13.*

Участь у наукових конференціях:

1. Яненко, Ярослав. Репрезентація карантинних обмежень у заголовках інтернет-ЗМІ: ІХ всеукраїнська наукова конференція «Соціально-гуманітарні аспекти розвитку сучасного суспільства», 15–16 квітня 2021 р. Суми: Сумський державний університет, 2021.

2. Садівничий, Володимир. Медичні, фармацевтичні, біологічні фейки періоду пандемії: особливості зародження та поширення: XVII всеукраїнська науково-практична конференція «Журналістська освіта в Україні: світові професійні стандарти», 20–21 травня 2021 р. Суми: Сумський державний університет, 2021.

3. Яненко, Ярослав. Особливості інформаційного простору у період пандемії COVID-19: XVII Всеукраїнська науково-практична конференція «Журналістська освіта в Україні: світові професійні стандарти», 20–21 травня 2021 р. Суми: Сумський державний університет, 2021.

4. Савченко І. О. Аналіз даних опитування щодо формування довіри пацієнтів до медичної системи: матеріали XII студентської конференції «Перший крок у науку» (м. Суми, 18-19 березня 2021 р.). Суми, 2021. С. 64. Науковий керівник Васильєв Ю. К.

Бази даних із статистичними показниками

1. Сторінка проєкту на сайті факультету ІФСК СумДУ:
<https://ifsk.sumdu.edu.ua/uk/nauka/hrant-nfdu.html>.
2. Статистична інформація: <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan>
3. Щорічний аналітично-статистичний довідник
https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2019_dovidnyk.pdf
4. Статистика захворювання на COVID-19 в режимі реального часу:
<https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Опитування населення щодо оцінки рівня довіри українців до сімейних лікарів та до медичної системи

Організація та методики дослідження

Для проведення кабінетного та практичного дослідження було розроблено анкету, що складається з 3-х частин: загальні питання, деталізовані та паспортна частина. Головні запитання стосувалися оцінки довіри та стану медичної системи, причин вибору державного чи приватного закладу, критеріїв, які враховуються при виборі сімейного лікаря та каналів комунікації пацієнта з лікарем.

Анкета https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeklBDp4x_JlXrUebq72-Ezk_R0F6Yg9Ord3d7_yzfcduCPjeQ/viewform?usp=sf_link була розміщена на сторінках соціальних мереж Facebook та Telegram. В дослідженні прийняли участь 203 особи. Більшість громадян (153 особи) пройшли онлайн опитування, 50 людей опитано офлайн.

Аналіз даних соціального дослідження

В лютому 2021 р. було проведено репрезентативне опитування щодо відношення людей до державних медичних закладів серед населення Сумської області. В даному опитуванні приймали участь 203 респондента: 117 (58 %) жінок та 86 (42 %) чоловіків (Див. Таблиця 1). Із них 55 (26 %) опитаних - раннього працездатного віку (16-24 р.); 56 (27 %) - основного працездатного віку (25-54 р.); 67 (33 %) - зрілого працездатного віку (55-64 р.) та 25 (14 %) - літніх людей (65 і більше р.).

Таблиця 1 - Кількість опитаних

Стать	Вік				Всього
	16-24	25-54	55-64	65+	
Жіноча	29	36	37	15	117
Чоловіча	26	20	30	10	86
Всього	55	56	67	25	203

В анкетуванні брали участь жителі міста 155 (76,4 %), села 21 (10,3 %) та районних центрів 12 (13,2 %).

Щоб зрозуміти, як часто відповідачі звертаються до медичних установ, одне питання стосувалося стану здоров'я. За результатами: 100 (49,2 %) опитаних здорові, 103 (50,8 %) - хворі 86 (42,4 %) мають хронічні захворювання, а 17 (8,4 %) на стадії лікування.

Дослідження показало, що тільки 64 (31,5 %) опитаних довіряють медичній системі України, 67 (33 %) не довіряють і 72 (35,5 %) не мають однозначної відповіді

Далі було запропоновано оцінити свій рівень довіри до медичної системи України за шкалою від 1 до 5. За результатами опитування 55 (27,1 %) зазначили 1-2 бали (низький), 138 (68 %) 3-4 бали (задовільний) і тільки 10 (4,9 %) - 5 балів (високий) (Див. Рис. 1).

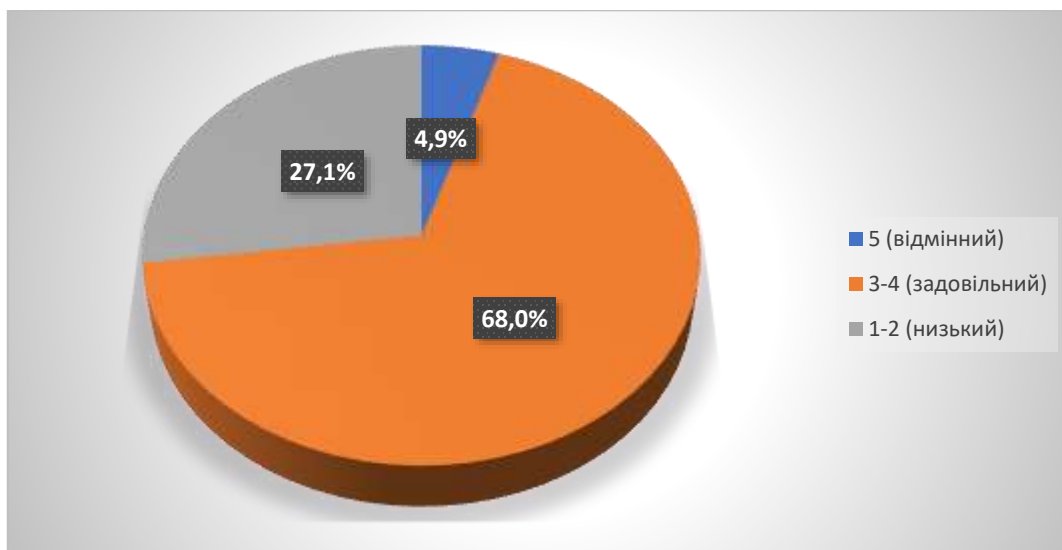


Рис. 1 - Рівень довіри до медичної системи України за шкалою від 1 до 5

Наступним етапом резиденти оцінювали стан медицини в Сумській області. За даними: 126 (62,1 %) осіб відмітили задовільний (на 3-4 бали), 70 (34,5 %) - низький (на 1-2 бали) і тільки 7 (3,4 %) - відмінний (5 балів).

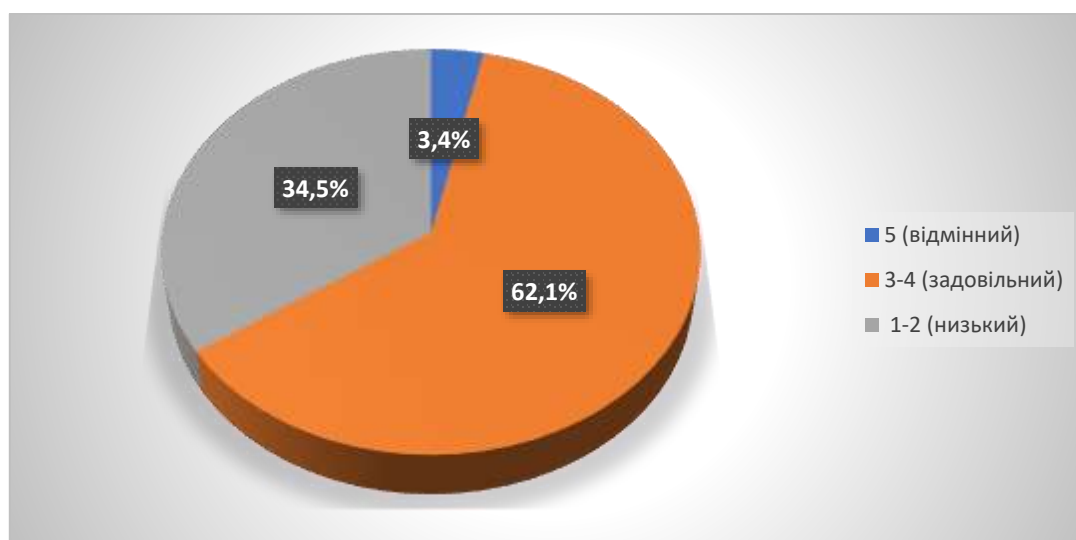


Рис. 2 – Стан медицини у вашому місті проживання

За консультацією вузького спеціаліста 55 (27,1 %) опитаних осіб обирають приватний медичний заклад, а 33 (16,3 %) – державний, а для більшості 115 (56,7 %) опитаних у виборі важливим є спеціаліст до якого вони звертаються.

Чому обирають саме державний медичний заклад? Для 138 (68,1 %) опитаних важливі безкоштовні консультації та для 56 (27,5 %) - безкоштовне лікування. Тільки 48 (23,8 %) вважають, що в державних лікарнях компетентні, а 29 (14,4 %) - уважні спеціалісти. 36 (17,6 %) опитаних вважають державні заклади чистими, 28 (13,8 %) впевнені в конфіденційності медичної та особистої інформації. 15 (7,5 %) опитаних відзначають відсутність черг, 10 (5 %) вважають, що є все необхідне медичне обладнання та тільки 9 (0,4 %) опитаних оцінюють атмосферу як затишну. Інші обирають державний медичний заклад тільки щоб взяти довідку, або тому, що на приватний не вистачає коштів (Див. Рис 3).



Рис. 3 - Причини звернень до державного медичного закладу

Приватний медичний заклад обирають більшість опитаних. 114 (56,1 %) населення вважають, що даний заклад облаштований якісним медичним обладнанням. 89 (43,9 %) вважають спеціалістів уважними, а 76 (37,4 %) - компетентними. 83 (40,9 %) зазначають відсутність черг, 70 (34,5 %) - чистоту закладу, 58 (28,7 %) - затишну атмосферу. 51 (25,1 %) опитаних впевнені в конфіденційності медичної та особистої інформації. Це питання було напівзакрите, тому відповідачі могли анонімно зазначити інші причини. Як виявилось, 5 осіб звертаються тільки до приватних установ через те, що в державних медичних закладах потрібно платити за гарне ставлення. (Див. Рис. 4).

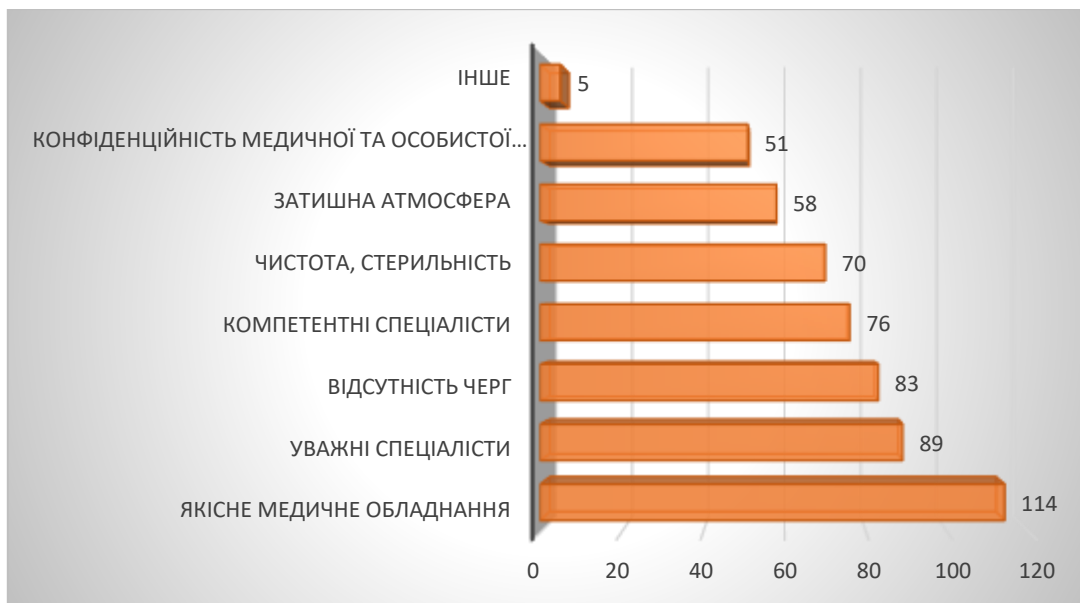


Рис. 4 - Причини звернень до приватного медичного закладу

Покладаючись на дані результатів опитування, можемо зробити висновок, що стан приватних медичних закладів вселяє довіру більше, ніж державних.

При виборі медичного закладу, більшість 115 (56,7 %) звертає увагу на спеціаліста. Найважливішим критерієм при виборі лікаря вважають професійність 179 (88,3 %). На другому місці - ввічливе ставлення 119 (58,5 %), на третьому - індивідуальний підхід 98 (48,5 %) та вміння пояснювати складні медичні терміни 98 (48,5 %). Також для 50 (24,6 %) опитаних важливим є можливість телефонного зв'язку, а для 19 (9,4 %) - інтернет-зв'язку (Див. Рис. 5).

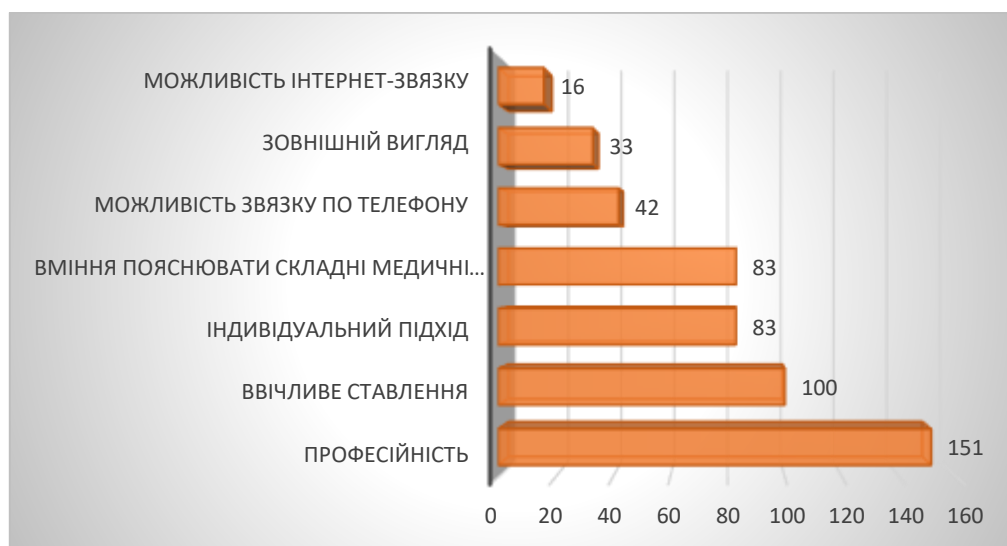


Рис. 5 - Важливі критерії при виборі лікаря

Частина питань стосувалась оцінки проведеної реформи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Більшість 183 (90,2 %) респондентів вже обрали свого сімейного лікаря. Інші 14 (6,9 %) ще не мають декларацій та 6 (2,9 %) із них планують підписати. Рівень довіри до ПМСД вищий, ніж до системи охорони здоров'я України (117 (58 %) проти 64 (31,6 %)) (Див. Рис 6).

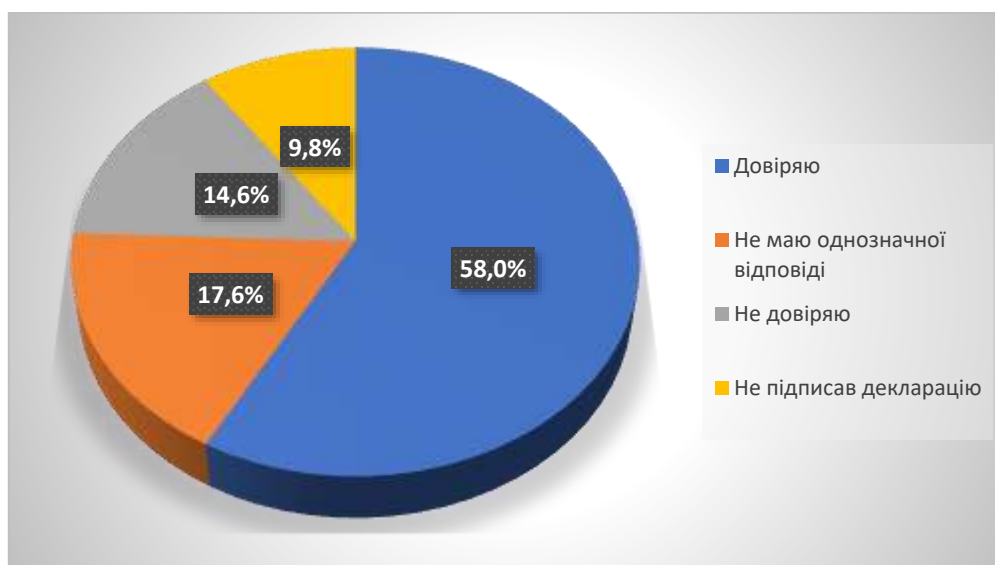


Рис. 6 - Відношення до свого сімейного лікаря

Причини недовіри різні: 23 (11,3 %) мають власний негативний досвід (недолікував, поставив неправильний діагноз, не відповідає на телефонні дзвінки), 5 (2,3 %) скаржаться на грубе ставлення, 2 (1,1 %) стверджували, що лікар заробляв гроші на їх лікуванні (має зв'язок з певною аптекою), 25 (12,1 %) обережні з усіма, тобто нікому не довіряють (Див. Рис 7).

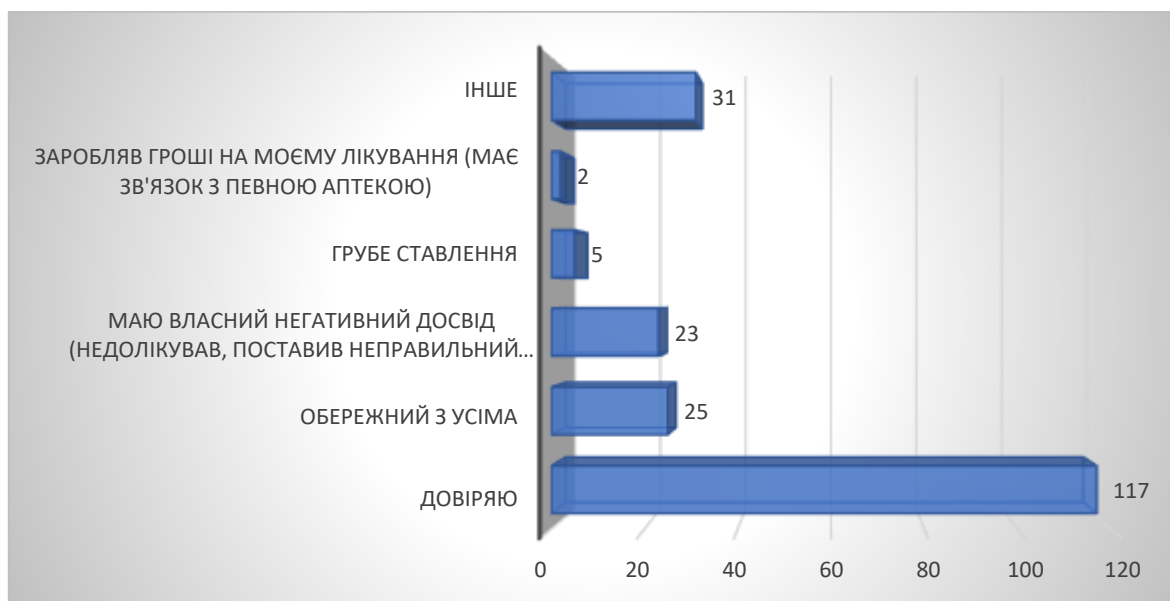


Рис. 7 - Причини недовіри до свого сімейного лікаря

Одним з важливих критерій вибору медичного закладу, була атмосфера: 161 (79,3 %) зазначили, що матеріальне забезпечення медичного закладу значно впливає на довіру до медичного персоналу.

Спілкування з пацієнтами є важливим фактором при виборі лікаря, тому ми запитали яким способом комунікацій надають перевагу наші резиденти. Результати анкетування: 98 (48,3 %) - безпосередньо на прийомі, 72 (35,5 %) - по телефону і тільки 3 (1,5 %) використовують інтернет - зв'язок(Див. Рис. 8).

Наступним критерієм була відсутність черг. Згідно з новою реформою, наявність електронної черги повинна була значно зменшити час очікування пацієнтів перед кабінетом. За результатами опитування, щоб зареєструватися на прийом, 83 (40,8 %) телефонують чи пишуть своєму сімейному лікарю, 40 (19,5 %) використовує мобільний додаток Medcard24, 36 (17,8 %) телефонує на рецепшен сімейної амбулаторії, а 1 (0,6 %) використовує сайт Helsi.mi. Лише 42 (20,1 %), як і раніше, не реєструються в черзі заздалегідь.

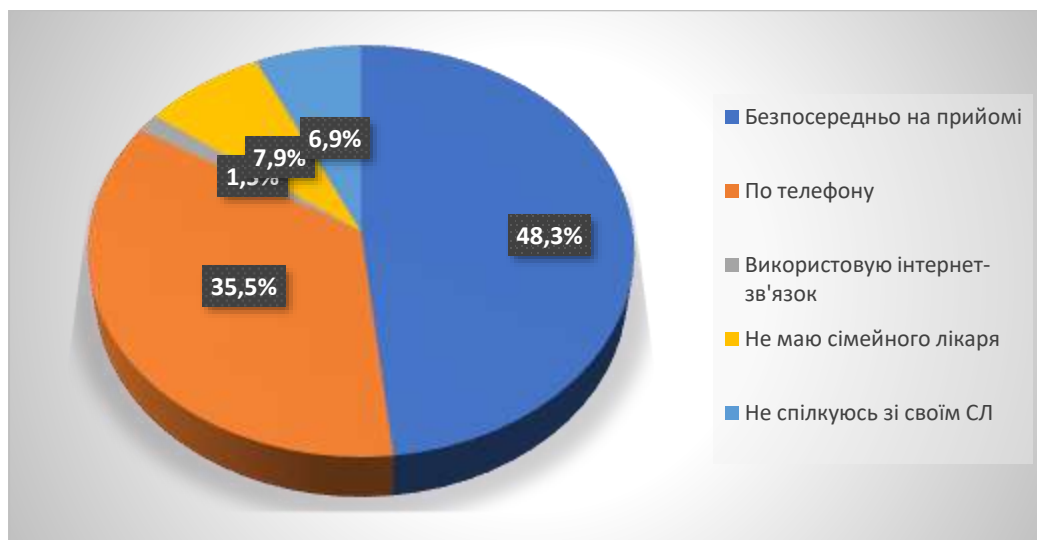


Рис. 8 - Канали комунікації

Час очікування під кабінетом зменшився до 10-15 хв 82 (40,4 %), або навіть до 5 хв 54 (26,6 %). 20-30 хв відмічають 40 (1,7 %) осіб, 30-40 хв – 13 (6,4 %) і тільки 14 (6,9 %) - більше 40 хв. Отже, можемо зробити висновок, що реформа працює.

Щоб перевірити, чи вистачає уваги лікаря на всіх пацієнтів, ми запитали респондентів про те, чи достатньо часу приділяє їм СЛ. Результат був позитивний – 159 (78,4 %) відповіли «так».

Якщо у населення немає довіри до лікарів, вони звертаються до інших джерел інформації. Останнє питання стосувалося самолікування. Результати показали, що 150 (74,3 %) пацієнтів прислуховується до рекомендацій щодо препаратів свого сімейного лікаря, 58 (28,7 %) - іншого лікаря, 42 (20,5 %) - фармацевта, 25 (12,3 %) - друга, сусіда, знайомого, 11 (5,3 %) - інтернет-форумів і 1 (0,6 %) - реклами, телебачення.

Висновки

Результати дослідження підтвердили, що більшість населення Сумської області 139 (68,5 %) не довіряє медичній системі України в цілому та оцінює стан медицини як задовільний.

Більшість 55 (27,1 %) надає перевагу приватним установам. При виборі медичного закладу головним є професійність 179 (88,3 %) та ввічливе ставлення лікарів 119 (58,5 %). Не менш важливим фактором є індивідуальний підхід 98 (48,5 %) та вміння пояснювати складні медичні терміни 98 (48,5 %). Більшість населення 161 (79,3 %) зазначили, що матеріальне забезпечення медичного закладу значно впливає на довіру до медичного персоналу.

183 (90,2 %) опитаних мають підписані декларації з сімейним лікарем (СЛ). Із них 118 (58 %) довіряє і 68 (33,3 %) не довіряє своїм СЛ. Реєстрація на прийом заздалегідь (в додатках чи електронна черга) значно зменшує час очікування під кабінетом та ймовірність черг.