

## Глава 5

# ОСНОВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ГЛОБАЛНОТО ЗДРАВЕ

На въпроса „Защо някои хора са здрави, а други не?“ много често в обществото се приема, че доброто здраве зависи от достъпа до всеобхватни и висококачествени здравни услуги. Това е вярно в определена степен, тъй като достъпът и качеството на предоставяните здравни грижи има съществено значение за здравето. Съществуват обаче неоспорими доказателства, че здравето зависи от много по-голям брой фактори, които са взаимосвързани и по-голямата част от тях далече надхвърлят обхвата и възможностите на здравните институции и здравната помощ.

В литературата има безброй публикации по отношение на детерминантите на здравето. Преди разглеждането на някои подходи за класификация и характеристика на детерминантите на здравето, е необходимо да се уточнят няколко основни понятия.

### Основни понятия

**Социални детерминанти на здравето:** социалните характеристики, определящи взаимодействието между хората и общностите, т.е. условията, в които протича животът на хората.

**Обществени детерминанти на здравето:** очертават по-широката сфера на структурни влияния; това са политическите, икономическите и културалните структури, които показват по какъв начин се формира и възпроизвежда здравето и нарушенията в здравето на ниво на обществото.

**Равенство в здравето:** отсъствие на системни или потенциално отстранени различия в един или повече аспекти на здравето в



социално, демографско или географско определени популации или подгрупи в популациите.

**Здравни неравенства** – могат да се разглеждат като:

- индивидуални здравни различия;
- различия в здравето между отделни популационни групи;
- различия между групите, свързани с по-широки социални неравенства и различни обществени структури.

**Социални неравенства в здравето:** отнасят се до здравните неравенства в рамките на и между отделните страни, които системно натоварват ранимите популации, подчертавайки ролята на социалните структури и политическите, икономическите и правните институции.

## Модели на детерминантите на здравето

Здравето и благосъстоянието на индивидите и популациите във всички възрастови групи се влияе от широк обхват от фактори, които са в рамките или извън рамките на индивидуалния контрол. Разработени са редица модели, които се стремят по различен начин да обхванат водещите индивидуални и социални детерминанти.

### Модел на Канадската Агенция по обществено здраве за детерминантите на здравето

Канадската Агенция по обществено здраве посочва **12 ключови детерминанти на здравето:**

- доход и социален статус;
- мрежи за социална подкрепа;
- образование и грамотност;
- условия на труд и заетост;
- социална околна среда;
- физическа околна среда;
- лични здравни практики и умения за справяне;
- здравословно развитие на детето;
- биологичен и генетичен фонд;



- здравни услуги;
- полова принадлежност и култура.

Те могат да бъдат обобщение в няколко основни групи.

**Първата група фактори** се отнася до **личностните и вродени особености на индивидите: генетичен строеж, пол и възраст**. Например, човек може да наследи генетичен маркер за конкретно заболяване. Полът също има съществена връзка със здравето. Мъжете и жените са физически различни и могат да заболяват от различни заболявания. Жените носят повече рискове във връзка с раждането на деца. Те също могат да заболяват от рак на шийката на матката, имат по-висок риск за рак на гърдата, на щитовидната жлеза и т.н. По същите причини възрастта е важна детерминанта на здравето. Децата в развиващите се страни често умират от диарийни заболявания, докато възрастните хора по-често умират от заболявания на сърцето.

**Социалните и културалните фактори** са също важни детерминанти на здравето: социално-икономическият статус, образованието, социалният капитал, културалните особености, разпределението на ролите между половете и др. Има достатъчно натрупани доказателства, че лицата с по-висок социален статус осъществяват по-добър контрол върху своя живот, отколкото тези с по-нисък социален статус. Те имат по-високо ниво на образование и доходи, което е тясно свързано с по-добро здраве. Различните роли, които поемат жените и мъжете също имат важно значение. Жените често са с по-ниско образование, по-нисък доход, по-малки възможности за ангажиране с безопасна заетост, по-лошо третирани от мъжете и т. н.

Степента, в която хората получават **социална подкрепа** от семействата си, от приятели и от общността има значима връзка със здравето. Колкото по-силни са **социалните мрежи**, колкото по-силна е подкрепата, която хората получават от тези мрежи, толкова те са в по-добро здраве.

**Културалните особености** определят отношението на лицата към здравето и болестта, към ползването на здравни услуги и към здравните практики, които представителите на различни култури използват.



**Околната среда** (външна и вътрешна) е мощен детерминиращ фактор за здравето. Важно значение има безопасността на околната работна среда. Повечето хора отчитат ролята на замърсяването на въздуха на открито, но често се подценява ролята на замърсяването на въздуха в закритите помещения – напр., в много развиващи се страни жените готвят вътре в помещения с лоша вентилация, създавайки силно запушена среда, която води до белодробни заболявания и астма. Липсата на безопасна питейна вода и канализация допринася значително за влошено здраве в бедните страни. Освен това, много хора в тези страни работят в твърде нездравословна среда, тъй като липсата на умения, ниският социален статус и липсата на по-добри възможности ги заставя да работят без защитни средства, в условия с вредни химически вещества, запрашен въздух или в условия, които ги излагат на производствени травми.

**Образованието** е мощен детерминиращ фактор за здравето по няколко причини: първо, то носи със себе си познания за добри здравни практики; на второ място, то предоставя възможности за придобиване на умения, за получаване на по-добра работа, по-висок доход и повишаване на социалния статус. Например, редица проучвания доказват, че единственият най-добър предиктор на теглото на новороденото дете е образователното ниво на майката. Съществува много силна и позитивна корелация между нивото на образование и всички основни здравни индикатори. Хората с по-високо образование се хранят по-добре, пушат по-малко, при тях по-рядко се среща затлъстяване, имат по-малко деца и се грижат по-добре за здравето на децата си, отколкото по-ниско образованите. По-образованите лица и техните деца живеят по-дълго и по-здравословно, отколкото по-слабо образованите.

**Стилът и начинът на живот (здравословното поведение)** също са определящи фактори за здравето. Много важно е човек да определи кога той самият или друг член от семейството се нуждае от здравна помощ и да потърси своевременно такава. Начинът на хранене, избягването на тютюнопушенето и употребата с алкохол, безопасното шофиране, физическата активност и регулярни-



те физически занимания имат изключително важно значение за здравето.

Друг важен детерминиращ фактор за здравето на бъдещото поколение е **начинът, по който семействата хранят и се грижат за кърмачетата и малките деца**. Преждевременното раждане и ниското тегло при раждането имат сериозни негативни последици за здравето. Съществува силна корелация между хранителния статус (физическото развитие) на новородените и малките деца и степента, в която те развиват своя биологичен потенциал, включват се в образователния процес, посещават редовно учебни занятия и показват определени постижения в обучението. Има данни, че лошият хранителен статус при кърмачетата и малките деца може да се свърже с редица хронични заболявания като диабет и сърдечни заболявания.

Здравето зависи и от **достъпа до подходящи здравни услуги**. Дори когато едно лице е родено здраво, отгледано здраво и има здравословно поведение, все пак има случаи, когато се налага то да потърси здравна помощ. Колкото по-голяма е вероятността за достъп до подходящи здравни услуги, толкова по-вероятно е човек да запази здравето си. Например, за преодоляване на риска от умирање във връзка с усложнения на бременността, много важен е достъпът до здравни услуги, където може да се извърши спешно секцио при необходимост.

**Правителствените политики и програми** в здравния сектор и в другите сектори, имащи отношение към здравето, също могат да се отнесат към детерминантите на здравето. Хората, живеещи в страни, които насърчават постигането на високо ниво на образование, например, ще бъдат по-здрави отколкото хората в страни, която не насърчава широко образованието от подходящо качество, защото по-образованите хора имат по-здравословно поведение и начин на живот. В страни, където е налице всеобщо здравно осигуряване, хората ще бъдат по-здрави, тъй като неосигурените лица ще бъдат лишени от необходимите здравни услуги. Същото е вярно и за страни, които се стремят да обезпечат цялото



население с безопасна питейна вода, в сравнение с други страни, които не правят това.

### **Модел на Dahlgren и Whitehead – „Дъга на политиката“**

Друг много широко разпространен и използван през последните две десетилетия модел и този на Dahlgren и Whitehead (1991). Поради специфичния начин на представяне на отделните групи детерминанти на здравето, моделът е известен под названието „Policy rainbow“. т.е. „Дъга на политиката“. В него са обхванати по-пълно взаимовръзките между множеството детерминанти на здравето, разпределени в няколко основни слоя на влияние върху биологическия потенциала на индивида за поддържане на здравето (*фиг. 5.1*):

- *фиксиранни индивидуални характеристики* (вътрешни, непроменяеми), такива като възраст, пол, генетични фактори (наследственост, конституционални фактори), разположение в сърцевината на дъгата;
- *потенциално модифицируеми фактори*, изразени като серия от четири последователни слоя на влияние:
  - = индивидуални фактори на стила и начина на живот (най-вътрешния слой);
  - = социални и общностни мрежи (вторият слой отвътре навън);
  - = физическа и социална околна среда (третият слой)
  - = по-широки общи социално-икономически и културални условия и условия на околната среда (външният четвърти слой).

Моделът на Dahlgren и Whitehead е полезен като работна рамка за повдигане на въпросите за размера на влиянието на всеки от посочените слоеве върху здравето, за очертаване на възможностите за промени на специфичните фактори и допълнителните действия, които се изискват за повлияване на свързаните фактори в другите слоеве. Тази работна рамка подпомага изследователите в изграждането на хипотези за детерминантите на здравето, за изучаване

на относителното влияние на тези детерминанти върху различни здравни резултати и взаимодействието между различните детерминанти. Например, в САЩ относителните въздействия на различните групи детерминанти на здравето върху преждевременната смърт са оценени, както следва:

- 30% – генетична предразположеност;
- 15% – социални обстоятелства;



Фиг. 5.1. Социален модел на Dahlgren и Whitehead за детерминантите на здравето

- 5% – експозиции от околната среда;
- 40% – поведенчески характеристики;
- 10% – пропуски в медицинската помощ.

Такова разпределение на влиянието на различните групи детерминиращи фактори би било приложимо само към САЩ или друга западна страна с подобни социално-икономически условия,



околна среда и подобно население. Местата с различна структура на населението и различни условия ще покажат твърде различна картина. Например, в страна, която е в гражданска война, здравето на населението бързо може да се влоши поради общите социално-икономически условия и условия на околната среда, тъй като внезапни фактори като наличност на храна, подслон и питейна вода ще бъдат доминиращи по отношение влиянието върху здравето в сравнение с други фактори.

Моделът на Dahlgren и Whitehead повдига въпроса за принципното разделение на детерминантите на здравето на:

- *индивидуални характеристики и*
- *социални и обществени фактори на здравето.*

### **Индивидуални детерминанти на здравето**

Много личностови особености влияят върху здравето, но всички те са свързани по определен начин с обществените фактори за здравето. Решенията и действията, предприемани на индивидуално ниво и способността на индивидите да влияят върху здравето произтича от личен талант, семейни обстоятелства, социална принадлежност и от по-широки политически условия.

Заболяванията, травмите и инвалидността оказват влияние върху бъдещия здравен статус; в същото време, те са повлияни от превантивните, регулаторните и лечебните мерки, както и от редица други обществени детерминанти на здравето.

Например, вродените и перинаталните състояния са повлияни от пренаталните грижи и благосъстоянието на майките, които от своя страна се влияят от храненето, ресурсите на домакинствата, заетостта, жилищните условия, мерките за социална сигурност и здравните политики.

Освен разгледаните по-горе индивидуални характеристики в модела на Канадската агенция по обществено здраве, следва да добавим още и ***ролята на жизнените траектории***. Характеристиките на жизнения път помагат да се обясни по какъв начин не-





достатъчността или предимствата, продуцирани чрез обществените детерминанти на здравето, се натрупват с течение на времето в даден индивид. Те отразяват миналите социални условия, тяхното влияние върху днешния здравен статус и възможните бъдещи промени на здравето, търсейки взаимодействието между жизнения опит, индивидуалната биология и здравето. Напр., здравето на детето и социалната принадлежност са много силни детерминанти на здравето при възрастните. Физическият и психологичният стрес, започващи в детството и експозициите на работното място също влияят върху здравето в по-късна възраст.

### **Социални и обществени детерминанти на здравето**

Нека разгледаме следния пример: в Коста Рика СППЖ е 77 години (както в САЩ, където БВП на глава от населението е 4 пъти по-висок; в щата Керала в Индия СППЖ е 74,6 години, а във Вашингтон – 72,6 години, при 10 пъти по-висок БВП (\$30 000 срещу \$3000).

#### ***Кои са причините за тези поразителни различия?***

Отговорът на този въпрос е свързан не толкова с особеностите на хората, живеещи в тези условия, отколкото със структурата на техните общества.

Ролята на разпределението на силата и на социалните, икономическите и политически ресурси за формирането на здравето на населението показва, че такива фактори като генетични особености, здравно поведение и медицинска помощ обясняват само малка част от моделите на здравето и заболяванията.

#### ***Защо социалните и обществените детерминанти на здравето са водещи, а не индивидуалните?***

Да вземем друг пример: Строителен работник пада от 10-етажен строеж и умира. Причините могат да бъдат:

- индивидуални (невнимание, недооценяване на безопасността);



- в обществен контекст (умора поради дълго пътуване, живее в отдалечен беден и шумен квартал, недоспиване);
- на следващо ниво като причини могат да бъдат; ниска заплата, нерегистриран работник, липса на държавен надзор, лошо регулиране на обучението за безопасност, некачествени материали;
- на още по-високо ниво – системата на свободната пазарна икономика поставя печалбата преди безопасността на работните места, страхът от загуба на работата и репресии пречат на работещите да се борят за социална сигурност и т.н.

Следователно, този случай на падане на работника може да се счита като личен инцидент, но когато на него се погледне през призмата на обществените детерминанти, то той явно се превръща в продукт на взаимосвързани социални, икономически и политически фактори.

***Какво включват социалните и обществените детерминанти на здравето?***

***На първо ниво***, тук се отнасят такива фактори като: жилищни условия, хигиенни условия, нездравословни дейности (тютюнопушене, насилие, средства за облекчаване на стреса и разрешаване на конфликти, използване на наркотици и др.), които съществено се влияят от икономическата несигурност, организираната престъпност и социалната нестабилност.

***На второ ниво*** се нареждат детерминантите, които се проявяват широко от гледна точка на социалната политика и държавното регулиране – нивата на бедност, на образование, характера на заетостта, условията на околната среда и човешките права. Те могат да влияят пряко или непряко върху здравето и заболяванията – напр. чрез мерките за защита на социалната сигурност (гарантиране на подкрепа при безработица, сигурност за старите хора, здравна помощ, отпускни по майчинство и др.).

***На трето ниво*** се включват по-общите детерминанти в социален, политически, икономически и исторически контекст – кла-



совата и социалната структура, разпределението на богатството и силата, международните режими за търговия и др. Тези детерминанти също могат да влияят пряко или непряко и се явяват „причини за причините“ на здравето и болестта.

**Влияние на условията на живот.** Към тях се отнасят жилищните условия и характеристиките на обкръжаващата територия, наличието на годна питейна вода и подходяща канализация, качеството и безопасността на храните, условията и политиките за майчино и детско здраве, дохода и ролите в семейството и на работното място, качеството и достъпността до социални услуги, условията за социален стрес и неговите смекчаващи условия – подкрепа от приятели и условия за отдих.

**Вода и хигиенни условия.** Водата е фундаментална за живота, но все още 1/6 от световното население живее без подходящо снабдяване с безопасна питейна вода. Приблизително 1/3 от населението живее върху земи със среден или тежък воден стрес. Достъпът до вода в самото жилище е тясно свързан с детската смъртност, но още по-важно е качеството на доставяната питейна вода. Например, в Ирак е налице висок коефициент на вода в жилищата, но и висока детска смъртност, докато в Шри Ланка само 10% от населението има вода в жилищата, но 82% имат достъп до добри водни източници и ниска детска смъртност.

**Хранене и безопасност на храните.** Над 50% от умираанията при децата са резултат от лошо хранене или недохранване. В миналото проблемите на глада и недохранването са били свързвани с приема на недостатъчно калории, белтък, пресни плодове и зеленчуци. Днес проблемът все повече се свързва с т.н. излишни калории и с начина на тяхното набавяне. Над 2 млн души по света страдат от недостиг на хранителни вещества, въпреки че техните дневни калории се покриват или са надхвърлени. От друга страна, над 850 млн души гладуват всеки ден. Производството и консумацията на храните също влияят върху здравето – пестициди, индустриалното замърсяване на почвата и водата и др.



**Ролята на жилищните условия.** Пренаселването и неподходящата вентилация и канализация способстват за разпространението на въздушно-преносими инфекции. Липсата на жилища – от 100 млн до 1 млрд бездомни хора по света. Смъртността при тях – от 2 до 10 пъти по-висока.

**Инфраструктура и условия за живот в общността.** Тези условия оказват влияние върху качеството на жилищата, водата и хигиената на населените места, наличността на храни и др. Условията на живот в общността влияят върху здравето чрез качеството и наличието на инфраструктура и институции, вкл. училища, здравни и социални услуги, паркове, магазини, транспорт и места за рекреация и общуване.

**Ролята на службите за обществено здраве и здравна помощ.** Редица дейности в областта на общественото здраве са важни детерминанти на здравето. Към тях се отнасят: контролът за безопасност и спазването на стандартите на храните; проследяването, контролът и лечението на епидемичните и хроничните заболявания; събирането и обработката на отпадъците, безопасността по пътищата; наблюдението на качеството на водата и хигиената на населените места; мониторинг на околната среда; мониторинг на училищните заведения и храненето в тях; програмите за майчино и детско здраве; безопасност и инспекция на работните места и др.

**Ролята на културата и религията.** Под култура тук се разбира не литература, музика, изкуства и др. Културалните особености се изличат от националните, етническите, религиозните, институционалните и други ценности, символи и социални отношения, ритуали, практики и традиции. Културата в този смисъл означава по какъв начин хората гледат на света и на тяхното място в него и това придава смисъл на техния личен и колективен начин на живот.

**Ролята на транспорта и комуникациите.** Транспортът оказва влияние върху здравето по различни механизми: чрез честотата и тежестта на пътните травми и нещастни случаи, чрез качеството на въздуха, цената и качеството на градския живот и др. Неподхо-



дящият и недостъпен транспорт може да влияе върху редица други детерминанти – напр. върху посещенията на училищата, заетостта, осъществяването на превантивни здравни грижи (пренатални посещения или контрол на хроничните заболявания и др.). Пътно-транспортните инциденти са втората водеща причина за умирания при 5–14 г. деца.

**Роля на социалните политики и правителствените регулации върху здравето и здравните неравенства.** Редица социални, политически и икономически политики и тяхното осъществяване влияят върху здравето. Тук се включват такива политики като: образование, здравни услуги, данъчната система, професионалните организации, свободата на пресата, защитата на човешките права и опазването на околната среда.

*Доход и бедност.* Крайната бедност се характеризира с много нисък доход и липса на достъп до основни жизнени нужди – храна, подслон и вода. Индикатор за крайна бедност се счита живеене с по-малко от 1\$ на ден. Доходът е критичен фактор за способността за закупуване на необходимите неща за здравето и благосъстояние, но много изследователи спорят че понятието „бедност“ има по-широко съдържание и би следвало да включва въпросите на предоставяне на права, сигурност, достойнство и социално възприемане. Други пък разглеждат бедността като индекс за материално лишение, който би трябвало да включва такива индикатори като достъп до чиста вода, покрив, образование, информация, храна и здраве.

*Образование.* Образованието отдавна се свързва с по-добро здраве по два основни начина: чрез повишена вероятност за добро заплащане, по-безопасна работа с определени ползи и възможност за напредък; чрез способността за приемане или проповядване на превантивни профилактични мерки, разбираани в по-широк смисъл. По-образованите хора имат възможност да подобряват здравето си чрез редица възможности за работа, избор на местоживеене, политическо участие, разбиране и способност за избягване или справяне с редица пречки за здравето. Нещо повече, развитието в ранно-

□ то детство и образованието могат да помогнат за подобряване на някои от негативните ефекти на неблагоприятното социално положение, което би имало влияние в течение на жизнения цикъл. Доказано е, че хората с по-добро образование имат по-ниски нива на хипертония, емфизема, диабет, безпокойство и депресия, по-добро психическо и физическо функциониране и по-добро здравословно поведение (по-ниски коефициенти на тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и наркотици, затлъстяване; по-високи коефициенти на физическа активност и профилактичен скрининг; по-добър мениджмънт на стреса и хроничните здравни състояния. Барьерите за образование могат да се изразяват от гледна точка на достъпност и качество – примери с развиващите се страни, нееднаква достъпност при момичета и момчета и др.; влияние на СПИН върху броя на учителите и др., в много слаборазвити страни студентите трябва да заплащат за образованието си.

*Условия на труд/Състояние на заетост.* Условията на труд влияят върху здравето на четири нива и могат да имат дълготрайни ефекти:

- чрез експозиция на опасни химически, физически и биологични агенти (вкл. повторно двигателно напрежение, небезопасно оборудване и дейности) и степента, в която работещите са защитени срещу тях;
- чрез йерархичния контрол и контрола от страна на работника, стреса на работното място и правото за организиране;
- чрез степента на справедливо заплащане, ползи и стабилност на заетостта;
- от гледна точка на сексуално, расово и други форми на тормоз.

В глобален мащаб годишно има 250 млн души с производствени травми, 350 000 умирация от травми (на работното място или свързани с него) и 1.6 млн умирация при производствени травми. Обикновени лицата, наети в много от най-опасните сектори (добив



на дървен материал, риболов, селско стопанство, строителство и транспорт) не са застраховани за травми и злополуки. Само 10% от работещите в развиващите се страни са законно застраховани за здраве и безопасност на работното място.

Още по-изразен е ефектът от безработицата, която усилва стреса, безпокойството и психичните здравни проблеми, водещи до допълнително влошаване на здравето и до смъртност, особено след загуба на работа. Развиващите се страни имат коефициенти на безработица около 30% в сравнение с развитите страни, където тя е 4-12%. По време на рецесия безработицата нараства силно. Ефектите върху здравето силно нарастват когато социалните помощи при безработица са неадекватни или въобще липсват.

Влошеното здраве и инвалидност също влияят върху заетостта. В много общества лицата с инвалидност не могат да намерят стабилна заетост поради дискриминация. От друга страна, заетостта не винаги има протективна роля за здравето. Повечето рисковани професии могат да бъдат по-вредни за здравето, отколкото самата безработица.

**Околна среда.** Проблемите на околната среда и техните здравни последици произтичат от два основни процеса: *изчерпване и замърсяване*. Намаляването на водните запаси, горите, защитния озонов слой на земята, почвата, флората и фауната оказват влияние върху здравето чрез ограничаване на наличието и достъпа до основни нужди, обработваема земя и затрудняване на храната. Замърсяването при индустриалното производство и консумация води до експозиция на хората на химични, биологични и физически агенти, които оказват ендокринологични, физиологични, генетични и други ефекти. Емисиите на парникови газове водят до глобално затопляне, което намалява продуктивността на земята, наличието на водни запаси и биоразнообразието и заплашва здравето чрез климатичните бедствия.

**Насилие и здраве.** Насилието е важна детерминанта на здравето поради умиранията и инвалидността, които то причинява, а също така и поради това, че то предизвиква страх и ограничава ежедневните дейности и постигането на мечтите за бъдещето. В

□ доклад на СЗО от 2002 г. насилието се категоризира като: **само-нараняване**, вкл. самоубийство и самоосакатяване; **колективно насилие** (социално, икономически или политически мотивирано); **междудулично** (вкл. между партньори, в семейството или в условия извън дома). От 5 млн умирация годишно от травми и наранявания около 1.6 млн са резултат от насилие: 49% самоубийства, 18% от войни и 31% от убийства. Коефициентите на смърт от насилие са 2-3 пъти по-високи в страните с нисък или среден доход, отколкото в тези с висок доход и това се дължи на високите коефициенти на бедност, политическо и икономическо неравенство, бърза урбанизация, конкуренция за ресурси, военни конфликти и репресивни политически режими.

**Социално включване/изключване, социална подкрепа и социален капитал.** Социалното включване/изключване описва способността или неспособността на някои групи (напр. бездомни или бедни, расови и етнически малцинства, имигранти) да участват пълноценно в обществения живот.

**Социалното изключване** може да бъде резултат от структурни неравенства, липса на достъп до ресурси (икономически, социални, политически и/или културни), дискриминация и стигма. Данните показват, че то може да води до преждевременна смърт, повишена заболяемост, влошено физическо и психично здраве и повишени нива на социално насилие.

**Социалното включване** предоставя достъп до ресурси и мрежи за социална подкрепа, адекватни жилищни условия, образование и транспорт. Включването в различни аспекти на социалния живот се описва като „социален капитал“, което отразява степента, в която индивидите изпитват доверие, чувство на социална сплотеност и споделени норми с другите членове на обществото. Това води до подобрени здравни резултати.

**Човешки права и политически свободи.** Здравето и човешките права са свързани чрез множество пътища. Правото на здраве е залегнало в Конституцията на СЗО. Редица документи за човешките права защитават правото на образование, храна и хране-





не, адекватен стандарт на живот, социална сигурност, гражданско участие, ползване на придобивки на научния напредък и защита от всякакви форми на насилие и дискриминация.

**Други фактори в социален, политически, икономически и исторически контекст са:**

**Разпределение на дохода и/или богатството.** Половината от световното население контролира точно 1% от глобалното богатство, живеейки с по-малко от 730\$ на глава годишно. Например, разликата между богатството на 10% от американците и 10% от бедните в Етиопия е 10000 пъти. Неравенствата в богатството и дохода нарастват през последните 5 десетилетия и вътре в страните. Над 80% от световното население живее в страни с растящо неравенство в доходите. Връзката между нивото на националния доход и нивото на детската смъртност, смъртността до 5-годишна възраст и майчината смъртност е явна и отдавна доказана.

**Социалната стратификация, половата и расовата принадлежност, собствеността на земята, режимите за международна търговия, международните финансови инструменти и политики, характера на политическите системи и др. са също важни детерминанти на глобалното здраве.**

## **Социални неравенства в здравето**

Тук възникват въпросите: По какъв начин се пораждат социалните неравенства в здравето? Каква е връзката между социалните детерминанти на здравето и социалните неравенства в здравето? Как се обясняват фактите, че хората в някои общества с относително нисък доход на глава от населението имат по-дълга продължителност на живота и в по-добро състояние на здраве отколкото тези в някои много по-богати общества?

Хората по света средно живеят по-дълго и в състояние на по-добро здраве – глобалната средна продължителност на живота е нараснала поне с 37 години за последните 2 столетия, а в някои страни – с 45 години. Тези придобивки обаче са разпределени доста не-

□ равномерно по света. Например, Китай към 1960 г. е имал СППЖ 36 години, а Централна и Западна Африка – 40 години. Само след едно десетилетие китайците достигат 71 г., а Африка – 46 години. В някои региони дори се наблюдава намаляване на СППЖ през този период.

Още по-поразителни са съществуващите различия в рамките на отделни страни, където различията между отделни сегменти на обществото даже се разширяват. Например, в Китай бързата индустриализация и преход към пазарна икономика през последните три десетилетия довежда до изразени различия в СППЖ от над 10 години между градски и селски райони, което отразява най-вече влошаването на здравето на бедните селски жители.

Термините „социални неравенства в здравето“, „неравенства в здравето“ и „здравни неравенства“ често се подменят взаимно, но има различие между тях.

Понятието „**социални неравенства в здравето**“ се отнася то системните и продължителни различия в здравето между различни социални класи, полови, расови и етнически групи, групи с различно ниво и вид заетост и т.н., като свързани с и свързани с основни различия по отношение на възможности и структурни различия.

**Доказателства за социалните неравенства в здравето.** Великобритания има най-дълга традиция и е една от страните в света, в които е осъзната ролята на социалната стратификация за социалните неравенства в здравето. Например, в доклад от 1980 г., проследяващ здравето за периода 1930–1970 г., се подчертава, че независимо от общите подобрения на здравето на съвкупно ниво, има съществени различия в здравето според нивото на социална заетост. Привеждат се примери за съществени различия в детската смъртност между децата, родени от неквалифицирани работници (клас V), ниско квалифицирани (клас IV), квалифицирани извършващи ръчни дейности (клас III), мениджърски кадри (клас II) и висококвалифицирани специалисти (клас I).

Аналогична връзка е установена и по отношение на всички други причини за смърт и особено силна връзка с респираторни-



те заболявания. Различията продължават да се наблюдават и след установяването през 1948 г. на Британската национална здравна служба. Постоянството на тези различия се дължи на различията в условията на живот и работа, а не на различия в достъпа до здравна помощ и използването ѝ.

Подобни различия в детската смъртност и в достъпа до майчини и детски здравни мерки според нивото на богатство показват данните в сегашните развиващи се страни.

Европейският алианс по общественото здраве (ЕРНА) в свой материал от 2010 г. разглежда подробно факторите за социалните неравенства в здравето в Европейския регион., подчертавайки, че в цяла Европа, вътре и между отделните страни, съществуват здравни неравенства и те продължават да нараства,

## Модели за обяснение на социалните неравенства

Могат да се посочат пет основни модела за обяснение на неравенствата в здравето и разпределението на обществените детерминанти на здравето:

- **Модел на биологичен и социален избор**, привеждащ доводи във вродените различия между индивидите, които еволюират с течение на времето. Според този модел, личното здраве произтича от генетичното наследство и индивидуалните физиологични и биологични характеристики. Здравето, от своя страна, определя способността на дадено лице да извлече ползи от възможностите и да постига благоприятна социално-икономическа позиция.
- **Модел, свързан с начина на живот и поведението**. Този модел поддържа становището, че неравенствата в здравето са продукт на лични избори относно това как да се живее, какво да се яде, къде да се работи, какви форми на отдих да се използват, каква степен на физическа активност да се проявява и т.н. Следователно, основният аргу-



мент в този модел е, че човешкото поведение е единствената най-важна детерминанта на вариациите в здравните резултати. Този подход игнорира реалността, че хората избират как да живеят в рамките на определен социален контекст и твърде често социално-икономическите условия не позволяват на хората да водят здравословен начин живот поради бедност и недостъпност до редица социални придобивки.

- **Психосоциален модел.** Според този модел физиологичните (соматичните) прояви на възприемане на неравенствата влияят върху здравето чрез различни стресови ситуации. Физиологичният ефект от дадена неблагоприятна позиция в социалната йерархия се превръща във физиологичен отговор на стрес и негодувание, повишавайки кръвното налягане и потискайки имунната система, а отгук и въздействайки върху редица други здравни проблеми.
- **Модел, опиращ се на политическата икономия на здравето.** Този модел се фокусира върху структурните причини за неравенствата (класовите йерархии, политическите и икономически процеси, неравния достъп до властта и обществените ресурси) и техните материални и здравни проявления. Ефективността на модела се подкрепя от факта, че политическият, социалният и икономическият контекст, в който хората се раждат и живеят допринася съществено за здравето.
- **Екосоциалният модел** разглежда болестта и здравето като биологични олицетворения на отношенията към властта и другите социални процеси, които се натрупват в течение на жизнената траектория и между поколенията.



## Справяне с неравенствата в здравето

През 2003 г. СЗО публикува документ „Убедителни факти“ (Solid Facts) върху социалните детерминанти на здравето, в който обобщава доказателствата за причинно-следствените връзки между социалните фактори, околната среда и здравето и очертава необходимите политически действия. Wilkinson и Marmot (2003) подчертават, че „лошите социални и икономически условия влияят върху здраве през целия живот. Хората, намиращи се на дъното на социалната стълба обикновено имат два пъти по-висок риск за сериозни заболявания и преждевременна смърт, в сравнение с тези, които са на върха. Това се отнася не само до бедните: социалният градиент в здравето засяга цялото общество, така че дори в средната класа лицата на по-ниска позиция страдат доста повече от заболявания и преждевременна смърт, отколкото тези, които заемат по-високи позиции. Материалните и психологични причини допринасят за тези различия и техните ефекти се разширяват и обхващат повечето заболявания и причини за умиряния. Неблагоприятното положение може да има много форми и да бъде относително и абсолютно. То може да включва наличие на по-малко семейни авоари, по-лошо образование през юношеството, несигурна заетост, включване в опасна и смъртоносна работа, живеене в лоши жилищни условия, живеене с недостатъчна пенсия и др. Тези неблагоприятни обстоятелства имат тенденция да се концентрират върху едни и същи хора и техните ефекти се натрупват с течение на времето. Колкото по-дълго живеят хората в стресираща икономическа и социална среда, толкова по-голямо е физиологичното изхабяване, от което те страдат и по-малка е вероятността да живеят здравословно в напреднала възраст.

В посочения документ на СЗО се подчертава съществуването на ясен социален градиент и девет основни полета на дейност в областта на общественно-здравната политика, насочени към стреса, ранното детство, социалната изолация; условията на труд, безработицата, социалната подкрепа, пристрастяванията, храната и транспорта.

□ В 2005 г. СЗО създава специална **Комисия по социалните детерминанти на здравето**, която продължава работата в това направление. В публикувания през 2008 г. доклад на тази комисия се подчертава, че действията за преодоляване на здравните неравенства следва да се опират на **три основни принципа**:

– **Подобряване на условията на ежедневен живот** – обстоятелствата, при които хората се раждат, израстват, живеят, работят и стареят. Тук се отнасят: осигуряване на равенство при старта в живота, комплексен подход към ранното развитие на детето и образованието; гарантиране на здравословни места за живеене; насърчаване на равенството между градски и селски райони чрез устойчиво инвестиране в развитието на селските райони; гарантиране на икономически и социални политики в отговор на климатичните промени и влошаването на околната среда; гарантиране на справедлива заетост равенство между половете в заетостта; осигуряване достойна, безопасна и справедливо заплатена целогодишна работа; подобряване на условията на труд чрез намаляване на експозициите на вредни вещества, стрес и увреждащо здравето поведение; осигуряване на социална защита през целия живот и разширяване на нейния обхват; гарантиране на общодостъпна здравна помощ и др.

– **Справяне с неравнопоставеното разпределение на властта, парите и ресурсите**. Това са структурните двигатели на условията на ежедневен живот на глобално, национално и локално ниво.

– **Измерване на проблемите, оценяване на дейностите, разширяване на познавателната база, развитие на работна сила, която да е обучена в областта на социалните детерминанти на здравето и подобряване на обществената осведоменост за социалните детерминанти на здравето**.

В доклада се подчертава необходимостта от въвличане и задачите на различните действащи лица: международните агенции, СЗО, националните правителства и местните държавни органи, гражданското общество, частния сектор, изследователските институции и др.