

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

**ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

2(92)/2022

Ukrainian Institute of Strategic Researches of Ministry of Health of Ukraine
I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

**BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE**
SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ – 2022
Тернопіль – 2022

Свідоцтво про державну реєстрацію: серія KB № 21502-11302 ПР від 27.07.2015 р.
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022. № 2 (92)
Науково-практичний журнал

Періодичність виходу – щоквартально
Заснований у січні 1999 р.

Засновники: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
і Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Видавець: Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Слабкий Г. О.**

Шульгай А. Г. (заступник головного редактора), Васильєв К. К., Венгер О. П., Грузєва Т. С.,
Кашуба М. О., Ковальова О. М., Лехан В. М., Медведовська Н. В., Миронюк І. С., Ситенко О. Р.,
Сміянов В. А., Теренда Н. О., Чепелевська Л. А., Owos A., Ulrichs T.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Бояр І. (Польща), Волошин В. О. (Київ), Вороненко Ю. В. (Київ), Голубчиков М. В. (Київ),
Голяченко А. О. (Тернопіль), Гульчій Л. П. (Київ), Децик О. З. (Івано-Франківськ),
Дудіна О. О. (Київ), Дудник С. В. (Київ), Любінець О. В. (Львів), Майоров О. Ю. (Харків),
Нагорна А. М. (Київ), Рудень В. В. (Львів), Сайдакова Н. О. (Київ),
Станчак Я. (Словаччина), Шатило В. Й. (Житомир)

Журнал включено до Переліку фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата і доктора наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 28.12.2019 р. № 1643).

Журнал індексується в Index Copernicus, CrossRef, Google Scholar, ULRICHSWEB GLOBAL SERIALS DIRECTORY (США) і BASE (Bielefeld Academic Search Engine)

Рекомендовано до друку вченою радою
Тернопільського національного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України (протокол № 10 від 30.08.2022 р.)

Передплатний індекс – 22867

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
E-mail: s.nauka@ukr.net
Тел./факс: +38(044) 576-41-19; 576-41-09

Адреса видавництва і друкарні

46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1
Видавництво «Укрмедкнига» Тернопільського національного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
телефон: +38(0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33

Розрахунковий рахунок UA038201720313271003202004491 в ДКСУ м. Київ. Код ЄДРПОУ 02010830

Одержувач платежу: Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
для журналу «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України»

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК № 7242 від 02.02.2021 р.

Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори. Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції

Н. В. ХАРЧЕНКО¹, В. О. ЗЮЗІН², В. О. КОРШЕНКО¹, А. В. КОСТРІКОВ¹

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ДЕТЕРМІНАНТИ

¹Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

²Чорноморський національний університет імені Петра Могили, м. Миколаїв, Україна

Мета: проаналізувати дані літературних джерел і висвітлити заходи, що спрямовані як на всю спільноту, так і на індивідуальні потреби щодо здоров'я.

Матеріали і методи. Проведено аналіз літературних джерел, що орієнтовані на поліпшення середовища життєдіяльності людини, зменшення факторів ризику, що формують значний тягар захворюваності та смертності серед населення, і стимулювання тих факторів, які, навпаки, сприяють зміцненню та збереженню здоров'я.

Використано бібліосемантичний (вивчення фахової сучасної міжнародної літератури з досліджуваної проблеми) та аналітичний методи дослідження.

Результати. Досягнення цілей громадського здоров'я на національному рівні є можливим, серед іншого, завдяки належно побудованій і розвиненій системі громадського здоров'я як сукупності суб'єктів публічного та неpubлічного сектора (у тому числі органів державної влади, органів місцевого самоврядування, міжнародних організацій, фізичних та юридичних осіб), які здійснюють ряд заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя.

Висновок. З урахуванням євроінтеграційного вектора розвитку України політику щодо охорони здоров'я передбачено формувати шляхом побудови системи громадського здоров'я, яка є комплексом інструментів, процедур і заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, запобігання захворюванням, подовження активного та працездатного віку й заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: громадське здоров'я; соціальні і біомедичні причини; детермінанти; салютогенез.

Предмет громадського здоров'я широкий і різноманітний. Він включає профілактику захворювань, зміцнення здоров'я, захист окремих осіб і населення від небезпек, а також поліпшення здоров'я. Він має популяційну, а не індивідуальну спрямованість. Він спирається як на соціальні моделі здоров'я, так і на біомедичні. Його дисциплінарна база включає, серед іншого, епідеміологію, медичну статистику, медичну інформатику, психологію здоров'я, менеджмент, медичну соціологію, економіку охорони здоров'я, медичну антропологію, медичну географію, політологію, а також інфекційні хвороби та хвороби, що передаються статевим шляхом.

Практика громадського здоров'я у Великій Британії також різноманітна. Вона включає управління службою громадського здоров'я на районному, регіональному та національному рівнях, реагування на великі інциденти, планування дій у надзвичайних ситуаціях, боротьбу зі спалахами інфекційних захворювань, медичну інформатику, обробку даних, збір та інтерпретацію, деякі аспекти гігієни навколишнього середовища та гігієни праці, куріння, припинення куріння, економіку охорони здоров'я, дослідження в галузі охорони здоров'я, управління наданням деяких послуг, надання деяких послуг в органах місцевого самоврядування, а також охорону здоров'я, санітарну освіту та зміцнення здоров'я.

За даними Інституту медицини (1988) [8], роль громадського здоров'я в тому, щоб сприяти «здоров'ю населення у вигляді оцінки здоров'я та

потреб у галузі охорони здоров'я, формування політики та забезпечення доступності послуг». Факультет громадського здоров'я Великобританії визначає його ширше як «загальну картину», що включає дії, які «пропагують здоровий спосіб життя, запобігають захворюванням, що захищають і покращують загальний стан здоров'я та покращують медичні послуги» (2006). Сер Дональд Ачесон, колишній головний лікар, визначив його як науку та мистецтво запобігання хворобам, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства (Acheson, 1988) [1]. «Зміцнення здоров'я: пріоритети дій» ВООЗ (2007) визначає зміцнення здоров'я як мету «надати людям можливість контролювати своє здоров'я шляхом отримання контролю над основними факторами, що впливають на здоров'я. Основними детермінантами здоров'я є культурні, соціальні, економічні та екологічні умови життя людей, а також соціальна та особиста поведінка, на яку ці умови сильно впливають». Попереднє покоління вчених визнало це визначення настільки ж широким (див. огляд Downie et al., 1990) [2].

Мета роботи: проаналізувати дані літературних джерел і висвітлити заходи, що спрямовані як на всю спільноту, так і на індивідуальні потреби щодо здоров'я.

Матеріали і методи. Проведено аналіз літературних джерел, що орієнтовані на поліпшення середовища життєдіяльності людини, зменшення факторів ризику, що формують значний тягар

захворюваності та смертності серед населення, і стимулювання тих факторів, які, навпаки, сприяють зміцненню та збереженню здоров'я.

Використано бібліосемантичний (вивчення фахової сучасної міжнародної літератури з досліджуваної проблеми) та аналітичний методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Концептуальна основа ґрунтується на ряді принципів. Вони полягають у наступному. По-перше, існують детермінанти здоров'я та хвороби, які набагато ширші, ніж біомедичні причини, але включають їх. По-друге, ці детермінанти діють дуже шаблонно, що відбиває нерівність у суспільстві. По-третє, детермінанти працюють через причинні шляхи хвороби. По-четверте, причинно-наслідкові зв'язки допомагають визначити способи запобігання та полегшення хвороби. По-п'яте, існують також каузальні (причинні) шляхи зміцнення здоров'я. По-шосте, позитивні та негативні причинно-наслідкові зв'язки перетинають фізичні, біологічні, соціальні та психологічні межі.

Об'єднуючим чинником у темах, які становлять інтерес для громадського здоров'я, є зв'язок соціальних, психологічних і біомедичних явищ. Ядро концептуальної основи для громадського здоров'я стосується зв'язку у формі причинно-наслідкових шляхів від детермінант здоров'я до біологічних змін в організмі людини. Через війну різних контекстуальних стимулів та його відповідних інтерактивних ланцюжків клітини людського тіла можуть поводитися по-різному залежно від соціального становища, яке людина займає, країни, де вона живе, глобальної політичної ситуації навколо неї. Клітини поводяться по-різному залежно від роботи, яку виконує людина, залежно від її досвіду класових, гендерних та етнічних відносин, залежно від її освіти та відповідно до низки соціальних факторів, що впливають на них протягом усього життя. Їхня генетична структура та їхній імунітет, їхній статус харчування, їхня стійкість, їхня здатність справлятися з проблемами – діють як опосередковані фактори, але існують причинно-наслідкові зв'язки від низки детермінант до біологічних структур в індивідуальному людському тілі. В областях, які мають особливий інтерес для громадського здоров'я, патологічні зміни в організмі людини відбуваються, проте, і це має важливе значення, вельми закономірно у всіх популяціях чи підгрупах населення. І патології, і їхнє формування мають причини. Іншими словами, соціальні та біологічні причини можуть працювати як у тандемі, так і в інтерактивному режимі. Основний принцип полягає в тому, що походження або причини патернів хвороб та їх соціальних патернів в основному можна знайти в соціальних детермінантах [5]. З цих питань існували суперечки в XIX столітті між двома піонерами громадського здоров'я, Едвіном Чедвіком та Вільямом Фарром. Як буде ними показано, зв'язок між детермінантами та наслідками хвороби, як зрозуміли перші піонери, не є ні простим, ні єдиним причинно-наслідковим зв'язком. Це залишається чинним і сьогодні.

Це не означає, що не існує біологічних шляхів розвитку хвороби або деякі етіологічні процеси є виключно біологічними або в основному біологічними. Етіологія та біологічні прояви хвороби можуть бути дуже точно описані і способами, які забезпечують ясність діагностики та терапевтичну дію. Однак для низки дуже важливих причин смертності та захворюваності істотну роль в етіології відіграють соціальні чинники. Завдання громадського здоров'я в тому, щоб описати цю роль. Ця концептуальна основа допомагає це зробити.

Те, як діють детермінанти здоров'я, становить значний дослідницький інтерес. Особлива увага приділяється детермінантам відмінностей у стані здоров'я, нерівностей щодо здоров'я та нерівностей щодо здоров'я серед населення. Багато що відомо. Зрозуміло, й було протягом півтора століття, що у популяційному та індивідуальному рівнях погане здоров'я пов'язане з соціальним та економічним неблагополуччям (Checkland and Lamb, 1982; Frazer, 1947) [3]. Розподіл доходів, зайнятості, освіти, житла та навколишнього середовища пов'язаний із нерівністю щодо здоров'я. Соціальне неблагополуччя та маргіналізація роблять те саме. Однак, хоча загальний взаємозв'язок між соціальними факторами і здоров'ям добре встановлений, причинно-наслідковий зв'язок точно не розуміється.

Було запропоновано принаймні 4 групи теорій для пояснення нерівності щодо здоров'я та його зв'язку із соціально-економічним становищем, а також зв'язку між результатами щодо здоров'я та соціальними детермінантами здоров'я.

Матеріалістична/структуралістська теорія передбачає, що неадекватність індивідуальних доходів призводить до нестачі ресурсів для подолання життєвих стресів і, таким чином, викликає погіршення здоров'я. Психосоціальна модель передбачає, що дискримінація, заснована на чиемусь місці в соціальній ієрархії, викликає різні види стресорів, які призводять до нейроендокринної реакції, що викликає захворювання. Модель громадського виробництва здоров'я ґрунтується на передумові, що капіталістичні пріоритети накопичення багатства, влади, престижу та матеріальних активів досягаються за рахунок знедолених. Екосоціальна теорія поєднує психосоціальне та соціальне виробництво моделей здоров'я та розглядає, як соціальне та фізичне середовище взаємодіє з біологією і як люди втілюють аспекти контексту, в якому вони живуть та працюють. Він заснований на підході «колективного способу життя» та неовеберіанської теорії, згідно з якою на вибір способу життя впливають життєві шанси, що визначаються середовищем, в якому живуть люди [6].

Соціальним детермінантам покращення чи зміцнення здоров'я приділялося набагато менше уваги. Проте кілька років тому Антоновський (1983; 1984; 1985; 1987) запропонував теорію салютогенезу. Салютогенез буквально означає походження здоров'я. Він запропонував альтернативу тому, що він вважав патогенним підходом (тобто підходом, зосередженим на походжен-

ні хвороби та системному збої). Патогенез був, згідно з Антоновським, домінуючою парадигмою в медицині, поведінкових та соціальних науках. Салютогенний аргумент Антоновського був зосереджений на факторах, які захищають людей від травм і загалом шкідливого фізичного, соціального та біологічного світу, в якому вони живуть. Це одночасно породило й узгоджується з низкою досліджень, присвячених подоланню труднощів, стійкості, адаптації, соціального капіталу та соціальної підтримки.

Таким чином, незважаючи на те, що є більше літератури про негативний вплив соціальних детермінант на здоров'я, характер соціального чинника, що зміцнює здоров'я, також буде частиною концептуальної основи, яка буде викладена тут. Ця відмінність також підкреслює, що фактори, що викликають покращення здоров'я, не обов'язково протилежні факторам, що спричиняють захворювання. Отже, причини нерівності щодо здоров'я не збігаються із причинами здоров'я.

Чого зазвичай не вистачає як у патогенних, так і в салютогенних описах, так це лежить в основі впевненості щодо причини та наслідків, пов'язаних із деякими іншими галузями науки, включаючи клінічну медицину. Натомість ми бачимо в основному асоціативні або ймовірнісні типи пояснень. Клінічна медицина має власні невизначеності щодо причинно-наслідкового зв'язку. Етіологія іноді невідома, незначна, часткова і часто багатогранна, а захворювання часто проявляються нетиповим чином і у вигляді супутніх чи множинних захворювань. Ефекти лікування також іноді невизначені. Категорії хвороб, що використовуються медициною для опису патології, є номіналістськими, а не есенціалістськими, і тому вони змінюються та розвиваються з часом, відображаючи нові знання та розуміння. Дані та докази оточені невизначеністю, і, зрештою, майстерність клініциста полягає в тому, щоб працювати з цими невизначеностями, а не дозволяти їх [7].

Незважаючи на невизначений і випадковий характер розуміння біомедичних процесів, медицина успішно оперує епістемологічним принципом, що лежить в їх основі: наслідки для здоров'я мають попередні причини, а ізоляція причини є основою ефективного профілактичного або лікувального втручання. Ця логіка може бути застосована, з урахуванням усіх щойно викладених невизначеностей, до громадського здоров'я. Завдання полягає в тому, щоб нанести на схему детермінанти та біологічні процеси і визначити взаємодію між ними.

В існуючій літературі існує безліч моделей та теорій, які допомагають забезпечити потенційний спосіб відображення детермінанта. Можна визначити деякі з необхідних і достатніх умов, що беруть участь у причинності, але їхня природа, за яких обставин і як вони діють, не завжди дуже зрозуміла. Основні можуть бути перераховані відносно легко, тому що дослідження докладно вивчили:

- бідність;
- голод;

- професійний вплив небезпек;
- професійний досвід відносин на роботі;
- соціальні та економічні наслідки старіння;
- досвід гендерних відносин;
- досвід міжетнічних відносин, у тому числі безпосередній досвід расизму;
- домашні обставини;
- ступінь і здатність проявляти самоефективність, особливо за рахунок наявного доходу;
- дієтичне споживання;
- звична поведінка, пов'язана з їжею, алкоголем, тютюном та фізичними вправами;
- становище зараз і в минулому на життєвому шляху;
- накопичений дефіцит, пов'язаний із певними життєвими циклами;
- навчання в школі;
- сімейний стан;
- соціально-економічний статус та соціальний клас.

Це засоби, через які зовнішній світ безпосередньо впливає на життєвий досвід і чинить прямий вплив на організм людини. Вони, у свою чергу, пов'язані з такими макрозмінними, як класова система, житловий фонд, система освіти, функціонування ринків товарів і праці тощо [7].

Громадське здоров'я може зробити унікальний внесок у визначення векторів, через які діють причинно-наслідкові зв'язки. У цих векторах взаємодія структур суспільства, у тому числі матеріальних, фізичних та економічних, взаємодіє з індивідуальною поведінкою людини та медико-біологічними процесами в організмі людини.

Вектори не є окремими, але є частиною набору сил, що перекривається і взаємодіє. Але для простоти їх можна розглянути окремо.

Вектор населення включає ті елементи, які впливають, зачіпають або впливають на все населення. Держави, уряди, наднаціональні організації та корпорації відіграють вирішальну роль. Елементи цього вектора включають структуру держави й супутнє законодавство, оподаткування, а також правила та регулювання, які вона використовує для управління відносинами всередині громадянського суспільства і між громадянським суспільством та державою. Ступінь, в якому держава допускає демократичну участь, політичні та економічні свободи, свободу слова, ступінь, в якому вона сама є крихкою або безпечною, корумпованою або ефективною, задає контекст і безпосередньо визначає позитивні чи негативні наслідки для здоров'я, а також формує ряд інших переносників здоров'я. У Великобританії такі речі, як законодавство, що забезпечує використання ременів безпеки, заборона куріння в громадських місцях, законодавство, що забороняє продаж цигарок, тютюну та алкоголю особам, молодшим 18 років, є елементами демографічного вектора. Інший приклад елемента громадського здоров'я в цьому векторі з Великобританії закріплений в офіційних правилах та положеннях, що регулюють використання доріг, у «Дорожньому кодексі». У тоталітарних, авторитарних, диктаторських суспільствах, де держава

не регулюється принципами рівності перед законом, вплив на здоров'я та благополуччя населення, як правило, тією чи іншою мірою згубний.

Дуже важливим елементом демографічного вектора є економіка, включаючи розмір та розподіл ВВП та стимули, що пропонуються через ринок, а також бар'єри для можливостей, закріплені у ринкових домовленостях та практиках. Стимули на ринку та регулювання провалів ринку – це два дуже важливі аспекти економіки, і їхнє функціонування має основне значення для здоров'я людини. Економічне зростання, рівень зайнятості та економічна свобода сприяють розширенню ринкових можливостей, а також завдають шкоди, коли люди втрачають роботу або зазнають краху підприємства. Ці речі мають прямий вплив на засоби для існування та життєві шанси людей. Ступінь, в якому ринки регулюються й управляються, і ступінь, в якому пропонується захист від мінливостей ринку, мають основне значення. Ядром системи регулювання економіки є податкова система. Пов'язані елементи громадського здоров'я у векторі у Великій Британії включають мито на пиво, сигарети, вино та спиртні напої. Загальна фіскальна структура, особливо її регресивні чи прогресивні якості, сума ПДВ на продукти харчування та, можливо, на різні види продуктів харчування, також є добрими прикладами елементів вектора громадського здоров'я на рівні населення [6].

Другий вектор – екологічний. Елементи навколишнього середовища в цьому векторі включають всі потенційно шкідливі речовини і частинки, які можуть бути присутніми в макро- і мікросередовищах, такі, як пил, свинець, азбест та інші речовини, пов'язані з промисловою, сільськогосподарською, транспортною або будівельною діяльністю. Вони можуть бути присутніми в мікросередовищі вдома або на робочому місці або в атмосфері у ширшому оточенні. Екологічний вектор також охоплює метеорологічні, припливні та геофізичні небезпеки, такі, як радіація, повені та посуха, а також довгострокові кліматичні загрози та небезпеки. Він включає мікробіологічні агенти, мікроби, віруси, бактерії, пріони та інші біологічні стресори. Сюди входять деякі психологічні стресори та медіатори, такі, як шум, умови праці тощо. Сюди також входять транспортні системи, будівлі, будинки і структурна організація робочих місць та шкіл. Вона включає системи санітарії та забезпечення чистою водою.

Частина з них перебуває у віданні фахівців з гігієни навколишнього середовища, проектувальників та інженерів з будівництва, мікробіологів, геофізиків та метеорологів. Інтерес громадського здоров'я полягає в деталізації цих спеціальностей. Але це також сукупність описаних елементів довкілля, які забезпечують як макро- і мікроконтекст для світу досвіду, вразливості та ризику. Ці фактори будуть частково опосередковані діями держави в демографічному векторі, але також і різними економічними суб'єктами, такими, як підприємства та профспілки. Деякі з небезпек у навколишньому середовищі краще піддають-

ся пом'якшенню та контролю, ніж інші, за допомогою регулювання та управління. Інші, такі, як зміна клімату, найважче піддаються контролю за допомогою регулювання та законодавства.

Соціальний вектор складається з усіх тих елементів і факторів, які пов'язані із соціальними, економічними та культурними обставинами (і, отже, тісно пов'язані з демографічним вектором). До них відноситься також характер взаємовідносин між соціальними групами у громадянському та економічному суспільстві. Традиційним способом опису соціального вектора у громадському здоров'ї є опис епідеміологічних відмінностей між соціальними групами. Таким чином, клас, статус, етнічна приналежність, вік, стать та інвалідність, релігія, каста, плем'я зазвичай є звичними осями соціальної диференціації, а також тими, за якими є безліч епідеміологічних даних, що показують різний стан здоров'я різних соціальних класів, різних етнічних груп, групи чоловіків і жінок. Ці соціальні категорії, як відомо, часто корелюють майже з усіма наслідками здоров'я.

Тісно пов'язаний практично та концептуально із соціальним вектором організаційний вектор. Більшість людської діяльності, яка не є домашньою, відбувається в соціальних організаціях того чи іншого типу. Соціальні організації забезпечують більшу частину структури чи архітектури соціального життя в таких установах, як бюрократія, школи, фабрики, підприємства, клуби, суспільства та релігійні організації. Існують бібліотеки, повні докладних описів структури та функціонування таких організацій. Зрозуміло, що вони визначають важливі частини векторів, пов'язані із факторами праці та навколишнього середовища, які безпосередньо впливають на здоров'я. Вони були описані вище у векторі, присвяченому елементам навколишнього середовища. Однак те, що цей вектор робить чітко, полягає в тому, щоб забезпечити каузальний шлях від структури організацій і, зокрема, від того, як вони функціонують чи поведуться як актори. У цьому контексті це найпростіше зробити, описавши те, як організація охорони здоров'я безпосередньо впливає на здоров'я щодо доступу до послуг та виключення з них.

Ці патерни відомі як «зворотний закон догляду». Тюдор Харт стверджував, що потреба в догляді обернено пропорційна догляду. Іншими словами, ті, хто найбільше потребував, отримували найгіршу допомогу, а ті, хто найменше потребував її, отримували найкращу допомогу. Тюдор Харт вважав, що це робить значний внесок у нерівність щодо здоров'я. Його спостереження широко відтворюються в багатьох медичних установах, у тому числі в тих, де плата за послуги не стягується, а допомога надається безкоштовно у момент надання допомоги, як, наприклад, у Великій Британії.

Спостереження Тюдора Харта спочатку, здається, суперечать більш раннім свідченням, стверджували, що послуги мали відносно дургорядне значення проти санітарії, житла і харчування. Відповідь на це очевидне протиріччя по-

лягає в тому, що історично, і особливо в епоху лютих інфекційних захворювань, служби охорони здоров'я, ймовірно, відігравали відносно незначну роль у підтримці загального стану здоров'я населення (хоча іноді вони полегшували страждання на індивідуальному рівні). Однак у міру того як технології покращувалися і ставали все більш ефективними, послуги все частіше ставали критично важливими факторами, що впливають на результати щодо здоров'я, стан здоров'я і, зрештою, на смертність як на популяційному, так і на індивідуальному рівнях. Таким чином, послуги є важливими воротами до шансів на здорове життя як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях. Те, як люди можуть отримати весь спектр медичної допомоги, від профілактичних послуг до невідкладної та первинної допомоги, опосередковує результати здоров'я [4].

У рамках цього організаційного вектора існує низка аспектів, які застосовуються до служб охорони здоров'я. Перше – це доступність. Люди можуть користуватися послугою лише в тому випадку, якщо вона є. У системі Великої Британії діє універсальне становище. Друге – право. У Великій Британії право є універсальним, незалежно від будь-якого іншого соціального чи економічного чинника. Це не стосується ринкових систем чи інших систем, які якимось чином обмежують права за допомогою інших механізмів. Навіть при загальному забезпеченні не слідє, що буде загальний доступ. Отже, третій елемент – це конфігурація служби та те, як вона впливає доступ. Сюди включені способи організації та надання послуги, а також поведінка співробітників служби стосовно клієнтів та пацієнтів та один до одного. Конфігурація також включає гнучкість і чуйність до групи клієнтів, інновації у догляді та нові фармацевтичні препарати, а також здатність впроваджувати нові методи роботи. По-четверте, це взаємовідносини між професійними та управлінськими кадрами та ставлення обох кадрів до бюрократичних чи інших організаційних механізмів. З організаційної точки зору всі ці фактори глибоко впливають на ефективність допомоги на всіх рівнях, і всі вони глибоко впливають на те, як клієнти взаємодіють зі службою.

П'ятий елемент – це поведінка клієнтських груп. З добре задокументованих та раціональних причин люди по-різному використовують усі види послуг. Вони відкладають звернення за лікуванням, уникають профілактичних можливостей, зловживають послугами або використовують їх за призначенням. Вони можуть діяти таким чином, що необов'язково максимізує вигоди, які вони можуть отримати індивідуально від послуги, і таким чином, що може знизити ефективність втручань на рівні населення.

Основними елементами людської поведінки, що становлять особливий інтерес для громадського здоров'я у Великій Британії, є: куріння, прийом їжі (і пов'язана з цим споживча поведінка), вживання алкоголю, фізична активність (включаючи активні подорожі) та сексуальна поведінка. Це тому, що ця поведінка найбільш тісно пов'язана із патернами захворювань. Але для того щоб зрозуміти взаємодію між поведінкою та векторами, описаними вище, важливо осмислити людську поведінку, крім, строго кажучи, поведінки, пов'язаної зі здоров'ям [6]. Хоча соціальна структура демонструє тісний зв'язок з моделями здоров'я та хвороб, концептуальна основа громадського здоров'я вимагає не просто асоціації, а причинно-наслідкового зв'язку і повинна охоплювати поведінку в цілому, а не поведінку, яка безпосередньо пов'язана з хворобою та її профілактикою.

Динаміка причин хвороби полягає у взаємодії між агентом та структурою [7]. Гідденс (1979; 1982; 1984) стверджував, що суспільство є продуктом взаємодії між індивідуальною людською поведінкою та соціальною структурою. Далі він стверджував, що мільярди індивідуальних людських дій створюють соціальні моделі. Патерни повторюються настільки, що виникають структури. Хоча ці структури змінюються, іноді поступово, іноді швидко, люди усвідомлюють їх та орієнтують свої дії відповідно до них (і стримуються ними). Описані вище вектори є структурними. Тобто є складовими соціальної структури. Ці вектори (за можливим винятком фізичних елементів довкілля) власними силами є продуктом людської поведінки і потім, своєю чергою, впливають нею. Навіть на екологічні переносники значною мірою впливають дії людини, від зміни клімату до мутацій вірусів та бактерій перед обличчям протівірусних препаратів та антибіотиків.

Висновок

З урахуванням євроінтеграційного вектора розвитку України політику щодо охорони здоров'я передбачено формувати шляхом побудови системи громадського здоров'я, яка є комплексом інструментів, процедур і заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, запобігання захворюванням, подовження активного та працездатного віку й заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні детермінант здоров'я, що сприятиме зміцненню здоров'я населення, запобіганню хворобам та збільшенню тривалості життя.

Список літератури

1. Acheson E. D. On the state of the public health [The fourth Duncan lecture] / E. D. Acheson // Public Health. – 1988. – Vol. 102 (5). – P. 431–437.
2. Downie R. S. Health Promotion – Models and Values / R. S. Downie, C. E. Fyfe, A. J. Tannahill. – Oxford Medical Publications, Oxford University Press, Oxford, 1990.

3. *Health Care as Social History: The Glasgow Case* / edited by Olive Checkland, Margaret Lamb. – Aberdeen University Press, 1982. – P. 285.
4. *Julian Tudor Hart: visionary general practitioner who introduced the concept of the “inverse care law”* // *BMJ*. – 2018. – Vol. 362 (15 August).
5. *Kelly M. P. The social determinants of health* / M. P. Kelly, E. Doohan // M. H. Merson, R. E. Black, A. J. Mills. *Global Health: Diseases, Programs, Systems and Policies*. – 3rd edn. – Burlington, MA: Jones and Bartlett, 2012.
6. *Methods for the development of NICE public health guidance*. – Third edition. – Access mode : www.nice.org.uk/process/pmg4.
7. *Solar O. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the commission on social determinants of health* / O. Solar, A. Irwin. – World Health Organization, Geneva, 2007. – Access mode : <http://en.scientificcommons.org/23007732>.
8. *The Future of Public Health* / Institute of Medicine (US). – Washington (DC) : National Academies Press (US), 1988.

References

1. Acheson, E.D. (1988). On the state of the public health [The fourth Duncan lecture]. *Public Health*, 102(5), 431-437.
2. Downie, R.S., Fyfe, C.E., & Tannahill, A.J. (1990). *Health Promotion – Models and Values*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press, Oxford.
3. Checkland, O., & Lamb, M. (1982). *Health Care as Social History: The Glasgow Case*. Aberdeen University Press.
4. (2018). Julian Tudor Hart: visionary general practitioner who introduced the concept of the “inverse care law”. *BMJ*, 362.
5. Kelly, M.P., & Doohan, E. (2012). The social determinants of health. In Merson, M.H., Black, R.E., Mills, A.J. (eds.). *Global Health: Diseases, Programs, Systems and Policies*. Burlington, MA: Jones and Bartlett.
6. (2012). Methods for the development of NICE public health guidance (third edition). Retrieved from: www.nice.org.uk/process/pmg4.
7. Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the commission on social determinants of health*. World Health Organization, Geneva. Retrieved from: <http://en.scientificcommons.org/23007732>.
8. Institute of Medicine (US) (1988). *The Future of Public Health*. Washington (DC): National Academies Press (US).

PUBLIC HEALTH AND ITS DETERMINANTS

N. V. Kharchenko¹, V. O. Zyuzin², V. O. Korshenko¹, A. V. Kostrikov¹

¹Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

²Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolayiv, Ukraine

Purpose: to analyze data from literature sources and highlight interventions aimed at both community-wide and individual health needs.

Materials and Methods. An analysis of literary sources focused on improving the human living environment, reducing risk factors that form a significant burden of morbidity and mortality among the population, and stimulating those factors that, on the contrary, contribute to strengthening and preserving health, was carried out.

Bibliosemantic (study of specialized modern international literature on the researched problem) and analytical research methods were used.

Results. Achieving these goals at the national level is possible, among other things, thanks to a properly built and developed public health system as a set of public and non-public sector entities (including state authorities, local self-government bodies, international organizations, individuals and legal entities), which carry out a number of measures aimed at strengthening the health of the population, preventing diseases and increasing life expectancy.

Conclusion. Taking into account the European integration vector of the development of Ukraine, the health care policy is planned to be formed by building a public health system, which is a set of tools, procedures and measures implemented by state and non-state institutions to strengthen the health of the population, prevent diseases, prolong active life and working age and encouraging a healthy lifestyle through the combined efforts of the entire society.

KEY WORDS: **public health; social and biomedical reasons; determinants; salutogenesis.**

Рукопис надійшов до редакції 01.08.2022 р.

Відомості про авторів:

Харченко Наталія Вікторівна – докторка економічних наук, доцентка громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського державного медичного університету МОЗ України; тел.: +38(050) 619-11-87.

Зюзін Віктор Олексійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри гігієни, соціальної медицини, громадського здоров'я та медичної інформатики Чорноморського національного університету імені Петра Могили МОН України; тел.: +38(067) 762-38-49.

Коршенко Володимир Олександрович – кандидат медичних наук, доцент, заступник директора інституту в складі ЗВО ННМІ Полтавського державного медичного університету МОЗ України; тел.: +38(095) 699-14-29.

Костріков Анатолій Васильович – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського державного медичного університету МОЗ України; тел.: +38(067) 422-96-83.