

---

## ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВ'Я ЯК СИСТЕМОУТВОРЮВАЛЬНИХ ЧИННИКІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

---

Мокієнко А. В., Гуцук І. В.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-497-9-14>

### Вступ

Здоров'я є однією з найважливіших людських цінностей. Право на охорону здоров'я є одним із соціальних прав людини. Здоров'я нації прийнято вважати своєрідним індикатором економічного, екологічного та соціального благополуччя, а в сучасних умовах, на думку експертів ВООЗ, – і ресурсом національної безпеки.

Єдиного критерію, за яким можна визначити стан здоров'я населення, наприклад, регіону, країни, міста, не існує. У світовій статистиці прийнято використовувати комплексний підхід до визначення поняття «здоров'я населення» – це умовне статистичне поняття, яке досить повно характеризується комплексом медичних показників.

Велику роль у формуванні рівня здоров'я населення відіграють так звані фактори ризику захворювання чи смерті – це ендегенний або екзогенний додатковий несприятливий вплив на організм, який підвищує ймовірність виникнення захворювання чи смерті.

У документах ВООЗ зазначається, що бідність у XXI ст. тісно пов'язана з поганим здоров'ям. Бідність призводить до незадовільного рівня здоров'я, тому що позбавляє людей повноцінного та достатнього харчування, безпечного довкілля, а також обмежує можливості одержання адекватної та ефективної медичної допомоги. Життя в бідності асоціюється з високою смертністю немовлят, незадовільним репродуктивним здоров'ям, зменшенням тривалості життя, що актуально для країн, де значна частина населення перебуває за межею бідності.

Чинники, що впливають на здоров'я населення, взаємодіють між собою, змінюються в часі, мають регіональні особливості. Саме тому для вивчення громадського здоров'я проводяться комплексні медико-

соціальні дослідження, з урахуванням впливу та взаємозв'язку якомога більшого числа чинників<sup>1</sup>.

### 1. Конспективна оцінка стану питання в Україні

У розділі 3.1 «Визначення поняття «здоров'я», чинники та показники, що характеризують здоров'я населення» вищезазначеного Підручника представлено узагальнення результатів численних наукових досліджень, яке дозволяє провести умовну класифікацію груп факторів ризику, що впливають на стан здоров'я (табл. 1).

Із наведених у табл. 1 даних можна зробити важливий висновок: провідними напрямками зусиль щодо збереження та зміцнення здоров'я населення є поліпшення способу життя та стану навколишнього середовища.

Таблиця 1

#### Групування факторів ризику та їхній вплив на формування рівня здоров'я населення (А. І. Robbins, 1980)

Групи факторів ризику	Фактори ризику, що належать до даної групи	Вплив на здоров'я, орієнтовна питома вага, %
1	Спосіб життя: тютюнокуріння, незбалансованість харчування, гіподинамія, надмірне вживання алкоголю, необгрунтоване вживання ліків, стресові ситуації, шкідливі умови праці, несприятливі побутові умови тощо	50
2	Генетичні фактори: спадковість, конституція організму, вік, стать тощо	20
3	Стан довкілля: забруднення атмосферного повітря, води, продуктів харчування, ґрунту; рівень радіації, електромагнітні поля тощо	20
4	Стан медичної допомоги: неефективність профілактичних заходів, низька якість і доступність медичної допомоги тощо	10

Виникнення хвороб та особливості їх поширення визначаються природно-екологічними та соціально-економічними чинниками, а саме через спосіб життя, доходи населення, житлові умови, структуру харчування та ряд інших чинників. Дослідники по-різному

---

<sup>1</sup> Градське здоров'я : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузева та ін. Вид. 3. Вінниця : Нова Книга, 2013. 560.

обґрунтовують свої схеми класифікації факторів захворюваності та здоров'я населення. У роботі<sup>2</sup> розглянуто окремі підходи до їх виділення та класифікації.

Дж. Роббінс виділив чотири групи факторів охорони здоров'я: спосіб життя, біологічні фактори, стан навколишнього (природного) середовища, обсяг і якість медичної допомоги. При цьому він показав, що інтенсивність впливу цих груп факторів суттєво відрізняється. Так, на першу групу, що включає такі фактори як паління, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, нераціональне харчування, праця в шкідливих умовах, стреси, гіподинамія, незадовільні побутові умови та гіперурбанізація, припадає 51-52% загального впливу. Чинник навколишнього (природного) середовища (зокрема, забруднення повітря, води, ґрунту, понаднормовий рівень радіації, електромагнітні поля тощо) охоплює 20-21% впливу, біологічні фактори (спадковість, стать, вік тощо) – 19-20%. На групу факторів, пов'язаних із обсягом і якістю медичної допомоги (зокрема, вакцинація, періодичність медичних обстежень, своєчасність та якість лікування) припадає 8–9% впливу<sup>3</sup>.

В. Куценко вважає, що стан здоров'я населення формується під впливом таких основних чинників: спадковість і генетичний фонд; рівень розвитку системи охорони здоров'я; спосіб та рівень життя населення; рівень розвитку продуктивних сил; стан навколишнього середовища; політичні рішення щодо розвитку охорони здоров'я<sup>4</sup>. Найважливішими чинниками середовища, які впливають на стан здоров'я населення регіону є просторова неоднорідність і нерівномірність розвитку медико-просторових явищ і процесів, їх територіальне вирівнювання та територіальна поляризація, зональність та азональність передумов і проявів, наявність детермінуючих зв'язків медико-просторових явищ і процесів<sup>5</sup>.

Л. Немець та Г. Баркова виділили шість груп факторів впливу на стан здоров'я населення і розвиток медичної системи: суспільно – географічні, історичні (звичаї, традиції), економічні (державне

---

<sup>2</sup> Бондар Ю.А., Легінкова Н.І. Основні фактори впливу на здоров'я населення. Донецький національний медичний університет. 16 березня 2020. <https://cusu.edu.ua/en/konferenc-19-20/mizhnarodna-naukovo-praktychna-internet-konferentsiia-stratehii-innovatsiinoho-rozvytku-pryrodnych-ykh-dystsyplin-dosvid-problemy-ta-perspektyvy/sektsiia-4-sotsialna-medytyna-hromadske-zdorovia-ta-hihiiena/10914-osnovni-factory-vplyvu-na-zdorovia-naselennia>

<sup>3</sup> Панорама охорони здоров'я населення України. За ред. А.В. Підаєва, О.Ф. Возіанова, В.Ф. Москаленка, В.М. Пономаренка. К.: Здоров'я, 2003. 396 с.

<sup>4</sup> Куценко В.І., Трілленберт Г.І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти: монографія. К.: РВПС України НАН України, 2005. 366 с.

<sup>5</sup> Гуцуляк В.М. Медична географія. Екологічний аспект: навчальний посібник. Чернівці: Рута, 2008. 132 с.

фінансування галузі, доходи та витрати населення, рівень життя тощо), демографічні (природний рух, міграції населення), соціальні (наявність та рівень соціальної інфраструктури, рівень життя, умови праці, можливості оздоровлення) та екологічні<sup>6</sup>.

На думку Р. Молікевич на стан здоров'я населення впливають різні групи факторів (природні, демографічні, соціально-економічні, соціокультурні, екологічні), акцентує увагу на тому, що окремі чинники «поєднуються» у своєму впливі на здоров'я населення, підсилюючи або послаблюючи один одного. На його думку, оскільки іноді дуже важко відділити один чинник від іншого, з'ясувати силу впливу фактора, тому доцільніше вести мову про ймовірність збільшення ризику для здоров'я чи поширення конкретної групи хвороб, що методично реалізується за допомогою кореляційного аналізу. До групи природних чинників він включає аномалії магнітного поля, еритемну сонячна радіацію, високу здатність атмосфери до самоочищення, наявність осередків природно-вогнищевих хвороб; екологічних чинників та природно-техногенних небезпек – викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря, якість питної води, сховища відходів та отрутохімікатів. Серед найпріоритетніших факторів формування сучасної медико-демографічної ситуації він називає рівні соціально– економічного розвитку, урбанізації, розвитку системи охорони здоров'я<sup>7</sup>.

Доцільно виділити такі шість груп чинників захворюваності та здоров'я населення<sup>8</sup>:

- генетична спадковість населення;
- природне середовище (лікувальні та рекреаційні властивості ландшафтів, лісових масивів, підземних вод тощо (позитивні чинники); забруднення атмосферного повітря стаціонарними та пересувними джерелами, поверхневих та підземних вод, радіаційне забруднення, неефективне поводження з відходами тощо (негативні чинники);
- демографічна ситуація та демографічна поведінка (очікувана тривалість життя, середній вік населення, рівень смертності, статевовікова структура населення, масштаби та інтенсивність міграційних процесів тощо);
- рівень розвитку та особливості організації системи охорони здоров'я (забезпеченість медичною інфраструктурою та фахівцями,

---

<sup>6</sup> Немець Л.М., Баркова Г.А., Немець К.А. Медична галузь Харківської області: територіальні особливості, проблеми та шляхи удосконалення (суспільно-географічні аспекти): монографія. К.: Четверта хвиля, 2009. 224 с.

<sup>7</sup> Молікевич Р.С. Стан здоров'я населення Херсонської області: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. К., 2016. 20 с.

<sup>8</sup> Мезенцева Н.І., Батиченко С.П., Мезенцев К.В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: Монографія. К.: ДП «Прінт Сервіс», 2018. 136 с.

якість та фізична і економічна доступність надання медичних послуг; рівень вакцинації населення; своєчасність проведення медичних реформ, ефективність управління медичною сферою, підготовка кадрів для охорони здоров'я, державне фінансування медичної сфери тощо);

– соціально-культурне середовище та спосіб життя населення (рівень соціальної напруги, поширення соціальних хвороб (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії), особливості харчування, особливості середовища проживання, праці, відпочинку; поширення міського способу життя, рівень релігійності населення тощо);

– рівень та особливості соціально-економічного розвитку території (спеціалізація регіонів, рівень індустріалізації та постіндустріалізації, рівень безробіття, доходів та витрат населення, поширення бідності, сформованість середнього класу тощо).

Кожна група чинників може мати різний ступінь прояву позитивних і негативних ознак в певних регіонах. В цілому для України характерні такі негативні чинники захворюваності населення: інтенсивний процес старіння населення, значні масштаби зовнішньої міграції населення молодших вікових груп, порівняно низький рівень доходів населення та поширення бідності, несформованість середнього класу, порівняно низький рівень економічної доступності якісних медичних послуг (насамперед, не лише економічної, а й фізичної доступності медичних послуг у сільській місцевості), нестача кваліфікованого медичного персоналу, порівняно високий рівень забруднення атмосферного повітря, порівняно низька якість питної води. Сукупність дії таких чинників негативно позначається на рівні та поширенні різних видів захворюваності серед населення регіонів України. Водночас позитивними чинниками здоров'я населення є зміни окремих демографічних показників (співвідношення рівня смертності і народжуваності населення, збільшення очікуваної тривалості життя), перспективи проведення реформи системи охорони здоров'я та модернізації економіки за рахунок використання екологічно прийнятних технологій виробництва тощо<sup>9</sup>.

## 2. Соціальні фактори ризиків для здоров'я (досвід США)

Соціальні обставини та відповідні екологічні небезпеки впливають на здоров'я різними способами. Якщо ці обставини впливають на здоров'я, їх часто називають соціальними детермінантами здоров'я (SDOH). Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США визначає SDOH наступним чином: «умови в середовищі, де люди

---

<sup>9</sup> Батиченко С.П. Суспільно-географічні аспекти захворюваності населення регіонів України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. К., 2014. 20 с.

народжуються, живуть, навчаються, працюють, грають, поклоняються та старіють, які впливають на широкий спектр здоров'я, функціонування та якості життя, наслідки та ризики»<sup>10</sup> (рис. 1).



**Рис. 1. Соціальні детермінанти здоров'я**

*Джерело: Управління профілактики захворювань і зміцнення здоров'я США*

На SDOH припадає до 50% впливу на здоров'я, причому найбільший вплив мають соціально-економічні фактори, такі як бідність, поширеність робочих місць, прожитковий мінімум, доступність освіти<sup>11</sup>.

Показники здоров'я, включаючи очікувану тривалість життя, ризик розвитку хронічних захворювань (наприклад, діабету, хвороб серця чи депресії), ймовірність зараження інфекційним захворюванням тощо залежать від SDOH. Наприклад, дослідження, яке проводилося протягом 25 років, показало, що професія пов'язана з ризиком смерті від серцево-судинних захворювань, незалежно від будь-яких інших демографічних факторів<sup>12</sup>. Відсутність продовольчої безпеки пов'язана з підвищенням ризику хронічних захворювань на 15%<sup>13</sup>. Хоча доступ до високоякісної та доступної медичної допомоги має важливе значення для вирішення медичних проблем, коли вони виникають, самого доступу до медичної

<sup>10</sup> Social Determinants of Health – Healthy People 2030. health.gov. (n.d.). <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>

<sup>11</sup> County Health Rankings: Relationships Between Determinant Factors and Health Outcomes in 45 States. Hood C.M. et al. American Journal of Preventive Medicine. 2016. V.50(2), P. 129-35. doi: 10.1016/j.amepre.2015.08.024

<sup>12</sup> Marmot M. G., M. J. Shipley. Rose G. Inequalities in death-specific explanation of a general pattern. Lancet. 1984.1003-1006.

<sup>13</sup> Gregory C. A., Coleman-Jensen A. (n.d.). Food insecurity, chronic disease, and health among working-age adults. <http://www.ers.usda.gov/publications/pub-details/?pubid=84466>

допомоги недостатньо для досягнення оптимальних результатів для здоров'я. Від економічної безпеки до інфраструктури сусідства та доступності поживної їжі, SDOH охоплює все середовище, в якому живуть люди, і має бути розглянуто для покращення здоров'я та добробуту окремих людей і спільнот.

Ці SDOH відрізняються в різних громадах і популяціях і відмінності в стані здоров'я часто посилюються нерівним досвідом SDOH. Систематичні та структурні нерівності, такі як обмежені можливості працевлаштування та освіти, відсутність доступного та безпечного житла, низька доступність поживних продуктів, високий рівень впливу екологічних небезпек для здоров'я та недостатній доступ до послуг охорони здоров'я можуть поставити під загрозу здоров'я та благополуччя. Розбіжності, що є наслідком цих структурних нерівностей, часто непропорційно впливають на історично незахищених людей, таких як чорношкірі, латиноамериканці, члени племінних націй, американці азіатського походження, жителі тихоокеанських островів та інші кольорові люди; представники релігійних меншин; лесбіянки, геї, бісексуали, трансгендери та квір (ЛГБТК+); особи з обмеженими можливостями; особи, які проживають у сільській місцевості; особи, які живуть у громадах із проблемами екологічної справедливості; особи похилого віку; жінки та дівчата; особи, які іншим чином переживають постійну бідність. Наприклад, очікувана тривалість життя чорношкірих американців на чотири роки менша, ніж білих американців. У кольорових людей вищий рівень діабету, гіпертонії, ожиріння, астми та передчасної смерті порівняно з неіспаномовними білими, частково через соціальні та економічні фактори<sup>14</sup>. Американці, які живуть у сільській місцевості, частіше, ніж їхні міські мешканці, помирають від хвороб серця, раку, неавансисних травм, хронічних захворювань нижніх дихальних шляхів та інсульту<sup>15</sup>. Багато з цих розбіжностей походять від відмінностей у соціальних та економічних умовах між цими демографічними групами. Вагомою причиною розбіжностей у стані здоров'я є несправедливий розподіл соціальних ресурсів у місцевостях по всій країні. Наприклад, тривала історія расових практик і політики – дискримінація щодо житла, нерівні можливості для отримання освіти, непропорційна кількість ув'язнених, несправедлива практика працевлаштування – створила нерівні умови для багатьох громад. Недостатній доступ до соціальних і медичних послуг у багатьох регіонах країни призвів до збільшення розривів у результатах. Оскільки

---

<sup>14</sup> Racism and Health. Centers for Disease Control and Prevention. 2021, November 24. <https://www.cdc.gov/minorityhealth/racism-disparities/index.html>

<sup>15</sup> Centers for Disease Control and Prevention. About Rural Health. 2023, May. <https://www.cdc.gov/ruralhealth/about.html>

суспільство стає все більш складним і взаємопов'язаним, всі отримують вигоду від політики, спрямованої на покращення здоров'я спільнот з найвищими потребами<sup>16</sup>. Досягнення рівності в охороні здоров'я вимагатиме узгоджених зусиль для безпосереднього усунення впливу всіх форм нерівності у здоров'ї.

Слід зазначити, що кумулятивний вплив факторів навколишнього середовища та клімату має значний вплив на результати здоров'я. Нерівний доступ до чистої води, чистого повітря та природних зелених насаджень із деревним покривом призводить до непропорційного навантаження на навколишнє середовище для багатьох громад<sup>17 18 19</sup>. Ці екологічні несправедливості створюють нові та посилюють давні розбіжності в результатах для здоров'я. Люди, які живуть у спільнотах з проблемами навколишнього середовища, можуть страждати від гіршого здоров'я та мати коротшу очікувану тривалість життя, ніж люди в інших громадах.

Звертаючись до SDOH, необхідно віддавати пріоритет екологічній справедливості як ключовому будівельному блоку у створенні здорових спільнот. У той час як SDOH стосується обставин на рівні громади, таких як доступне та високоякісне житло, чисте повітря та питна вода, а також поживна їжа, безпосередні соціальні потреби, які впливають на результати здоров'я для окремих осіб та домогосподарств у громаді, відрізняються. Конкретну потребу, яка безпосередньо впливає на людей, часто називають соціальною потребою, пов'язаною зі здоров'ям (HRSN). Ці потреби включають такі виклики, як нестабільність доходів, нестабільність житла та відсутність продовольчої безпеки

---

<sup>16</sup> The White House. Executive Order 13985: Advancing Racial Equity and Support for Underserved Communities Through the Federal Government. 2021? January 20. <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/presidential-actions/2021/01/20/executive-order-advancing-racial-equity-and-support-for-underserved-communities-through-the-federal-government/>

<sup>17</sup> Disparities in Air Pollution Exposure in the United States by Race/Ethnicity and Income, 1990-2010. Liu J. et al. *Environmental Health Perspectives*. 2021. V. 129, N12. <https://doi.org/10.1289/EHP8584>.

<sup>18</sup> The tree cover and temperature disparity in US urbanized areas: Quantifying the association with income across 5,723 communities. McDonald R. et al. *PLOS ONE* 2021. V. 16(4), e0249715. 27 p. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249715>.

<sup>19</sup> World Health Organization. Preventing Disease Through Healthy Environments: A Global Assessment of the Burden of Disease from Environmental Risks. Pruss-Ustun A. et al. 2016. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204585/9789241565196\\_eng.pdf;jsessionid=09B50968F412E8B2D FD3E8FFDA7C200E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204585/9789241565196_eng.pdf;jsessionid=09B50968F412E8B2D FD3E8FFDA7C200E?sequence=1).



домогосподарств<sup>20</sup> <sup>21</sup>. Хоча SDOH і HRSN часто збігаються та накладаються, відносини між ними можуть бути складними. Наприклад, домогосподарство з доходом нижче федеральної межі бідності (що може становити HRSN індивідуального рівня), яке проживає в районі з поганими економічними умовами (SDOH на рівні громади), з більшою ймовірністю буде піддаватися впливу житла, яке погіршує здоров'я, наприклад астма. Це домогосподарство може бути не в змозі дозволити собі проживати в районах з безпечнішим житлом і, отже, може скористатися різними формами житлової допомоги. У цьому прикладі необхідно розглянути як HRSN, що означає низький дохід, так і SDOH, пов'язаний із проживанням у районі з низькою якістю житла, щоб цілісно покращити ситуацію домогосподарства. Вирішення питань SDOH та HRSN вимагає впровадження низки політик і втручань із залученням багатьох партнерів у громаді. SDOH на рівні громади робить внесок у індивідуальні HRSN, які можуть впливати на стан здоров'я. Сприяння як індивідуальному, так і громадському здоров'ю вимагає заходів, спрямованих як на SDOH, так і на HRSN. У Посібнику<sup>22</sup> розглядаються стратегії на рівні громади та заходи, які здійснюються федеральними державними установами, спрямовані на вирішення обох проблем. Автори приходять до наступних висновків.

Поліпшення здоров'я та добробуту в Америці вимагає вирішення соціальних та екологічних обставин, які впливають на результати здоров'я. Без забезпечення людей стабільною роботою та доходом, відповідним житлом, чистим повітрям і водою, доступом до повноцінної їжі, надійним транспортом та багатьма іншими необхідними речами, мільйони американців продовжуватимуть страждати від тягаря низьких наслідків, спричинених цими соціальними обставинами. Слід уявляти собі майбутнє, де соціальні обставини не визначатимуть наперед результати здоров'я.

Вирішення незадоволених соціальних потреб через координацію діяльності громади, фінансування та доступ до даних є важливими кроками для покращення цих результатів у сфері охорони здоров'я; однак життєво важлива робота потрібна і в інших сферах. Навчання та технічна допомога для державних, місцевих, плеємних і територіальних

---

<sup>20</sup> Alderwick H., Gottlieb L. M. Meanings and Misunderstandings: A Social Determinants of Health Lexicon for Health Care Systems. *Milbank Quarterly*. 2019b. V. 97(2), P. 407-419. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12390>

<sup>21</sup> Addressing Social Drivers of Health: Evaluating Area-level Indices. Sheingold S. et al. September 2022. [aspe.hhs.gov](https://aspe.hhs.gov).

<https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/474a62378abf941f20b3eaa74ca5721c/Area-level-Indices-ASPE-Reflections.pdf>

<sup>22</sup> The U.S. Playbook to Address Social Determinants of Health. Domestic policy council office of science and technology policy. November 2023. White House Washington. 53 p.

організації є важливими для того, щоб команди, які керують даними та коштами, чітко розуміли поточні вказівки та усунули будь-які прогалини в знаннях. Постійні дослідження найкращих практик для вирішення проблеми HRSN і того, як ці практики можуть відрізнятись залежно від населення, будуть критично важливі, щоб допомогти краще впроваджувати найефективніші зміни політики. Додатковий аналіз впливу втручань HRSN та SDOH може додатково створити доказову базу для спрямування майбутніх дій. Вкрай важливо, щоб спонсори, як державні, так і приватні, визнавали, що соціальні досягнення, хоча їх дещо складніше кількісно оцінити, також є критично важливими показниками успіху. Такі досягнення, як покращення доступу до мови та літературних навичок, розширення широкомовного доступу та зв'язку, а також надання ресурсів для запобігання насильству в сім'ї та громаді – все це сприяє загальному здоров'ю та добробуту як окремих людей, так і громад.

Слід уявляти майбутнє, де здоров'я та соціальні обставини можна розглядати цілісно та справедливо. Одного тільки клінічного втручання недостатньо для максимального покращення здоров'я та благополуччя американців, які постраждали від SDOH. Досягнення цього бачення вимагатиме сміливої співпраці, а також спільної згоди щодо того, що мають відбутися значні та стійкі зміни для ефективного усунення причин, які лежать в основі неоптимальних результатів для здоров'я в нашому суспільстві. Залишається з нетерпінням чекати того дня, коли всі люди в кожній громаді зможуть досягти оптимального стану здоров'я та благополуччя.

### 3. Аналіз точок зору щодо факторів ризику для здоров'я населення

Серед найбільших досягнень у з'ясуванні детермінант захворювання за останні десятиліття було виявлення соціальних і психологічних умов, які впливають на захворюваність і смертність безпосередньо через фізіологічні процеси та опосередковано через поведінкові шляхи. Мова йде про соціально-психологічні фактори, щодо яких існують вагомі докази впливу на здоров'я: соціально-економічний статус; соціальна підтримка та мережі; професійний стрес, безробіття та вихід на пенсію; соціальна згуртованість і соціальний капітал, релігійні переконання. Хоча раніше вважалося, що деякі захворювання були спричинені психологічними станами з невеликою біологічною основою, а інші були суто «фізичними», тепер зрозуміло, що майже у всіх випадках це розрізнення є помилковим. Більшість психосоматичних захворювань включають різноманітні генетичні та екологічні детермінанти і на всі

стани здоров'я та захворювання певною мірою впливають психосоціальні умови. Розлади рідко мають окремі причини<sup>23</sup>.

У табл. 2 цієї статті узагальнено точки зору щодо відносного внеску для кожної групи факторів за джерелами 1–10.

Табл. 2 не є вичерпним списком. Насправді, існує багато підсумків соціальних детермінант здоров'я. Наприклад, аналіз соціальних детермінант смертності<sup>24</sup>. На жаль, ця стаття погано узгоджується з основним підходом, який використано щодо розподілу факторів ризику для здоров'я, тому не включена в таблицю.

Ці статті суперечливі у зв'язку із різницею в методах, оцінками результатів, відмінностями у визначенні здоров'я, проблемами з визначенням причинно-наслідкового зв'язку та іншими методологічними відмінностями, які виникають при спробі проаналізувати відносний вплив факторів індивідуального, громадського та суспільного рівнів на стан здоров'я протягом життя.

Важливість статей 1–10 у табл. 2 свідчить про необхідність їх конспективного аналізу.

Пропорційний розподіл факторів, що сприяють смертності, ґрунтувався на чотирьох групах факторів ризику, які впливають на популяційне здоров'я<sup>25</sup>. Інформація отримана шляхом опитування 40 професіоналів і парапрофесіоналів щодо впливу способу життя, середовища, біології людини та системи організації охорони здоров'я на причини смертності. Потім 40 відповідей були підсумовані та усереднені для визначення потенційного впливу цих чотирьох факторів на кожне захворювання. Результати дуже близько збігалися з медичною літературою<sup>26</sup>. Аналіз показав, що у 1977 році у Сполучених Штатах спосіб життя спричинив приблизно 50% передчасної смертності, далі йшли фактори навколишнього середовища та біологічні фактори людини з 20% кожен, і система охорони здоров'я з 10%.

---

<sup>23</sup> McGovern L., Miller G., Hughes-Cromwick P. The Relative Contributions of Multiple Determinants to Health Outcomes. *Health Affairs*. [Online] August 21, 2014. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hpb20140821.404487/full/>.

<sup>24</sup> Cutler D., Deaton A., Lleras-Muney A. The Determinants of Mortality. *Journal of Economic Perspectives*. 2006. V.20, N 3, P. 97-120. DOI: 10.1257/jep.20.3.97

<sup>25</sup> DHHS. Public Health Service. Ten Leading Causes of Death in the United States. Atlanta (GA): Bureau of State Services, July. 1980

<sup>26</sup> Dever G.E.A. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. *Social Indicators Research*. 1977. №2. P. 453-66.



<sup>a</sup> використано «чотири елементи сфери здоров'я» – спосіб життя, біологія людини, навколишнє середовище та система охорони здоров'я – перераховані тут відповідно як поведінка, генетика, навколишнє середовище та система охорони здоров'я.

<sup>b</sup> оцінено смертність через високий кров'яний тиск (16%) і високий рівень глюкози в крові (8%), але вони не включені в цю таблицю у зв'язку із їх фізіологічною, а не поведінковою природою.

<sup>c</sup> ВООЗ (2009) зосереджується на двох факторах: поведінкові та екологічні ризики.

<sup>d</sup> автори пояснюють відсутність генетики в їхній моделі тим, що при перегляді внеску різних детермінант, «ці оцінки також включають внесок генетичних факторів, які, як правило, принаймні на даний момент, не піддається модифікації та вимірюванню».

<sup>e</sup> використано показники «кумулятивного тягаря стресу» або «кумулятивного стресу» (події, стреси та життєві травми разом узяті), щоб пояснити різницю в психологічному дистресі та депресивних симптомах<sup>27, 28</sup>, а не смертність.

<sup>e</sup> зазначено, що «хоча порівняльні дослідження комбінованих стресових факторів на результати фізичного здоров'я не проводились, подібні висновки ймовірні, враховуючи, що сотні досліджень показують: принаймні один тип стресу (негативні події) однаково шкодить фізичному та психічному здоров'ю».

Мета дослідження<sup>29</sup> полягала у визначенні та кількісній оцінці основних зовнішніх (негенетичних) факторів, які сприяють смерті в Сполучених Штатах. Найбільш помітними причинами смертності у Сполучених Штатах у 1990 році були тютюнопаління (приблизно 400 000 смертей), харчова поведінка (300 000), алкоголь (100 000), мікробні агенти (90 000), токсичні речовини (60 000), вогнепальна зброя (35 000), сексуальна поведінка (30 000), автотранспорт (25 000) і незаконне вживання наркотиків (20 000). Соціально-економічний статус і доступ до медичної допомоги також були важливими факторами, але їх було важко оцінити кількісно незалежно від інших факторів, які згадуються. Оскільки розглянуті дослідження використовували різні підходи для отримання оцінок, наведені цифри слід розглядати як перше наближення. У висновках зазначено, що приблизно половину всіх смертей, які сталися в 1990 році, можна віднести до визначених факторів. Незважаючи на те, що не було зроблено жодних спроб для подальшої кількісної оцінки впливу цих факторів на захворюваність і якість життя, тягар, який вони накладають на громадську охорону здоров'я, є значним і пропонує орієнтири для формування пріоритетів політики охорони здоров'я.

---

<sup>27</sup> Turner J. R., Wheaton B., Lloyd D. A. The Epidemiology of Social Stress. *American Sociological Review*. 1995. V. 60, P. 104-125.

<sup>28</sup> Wheaton B. The Nature of Stressors. In *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*, ed. Allan V. Horwitz and Teresa L. Scheid, Cambridge: Cambridge University Press. 1999. P. 176-197.

<sup>29</sup> McGinnis J. M., Foege W. H. Actual Causes of Death in the United States. *JAMA*. 1993. V. 270, N 18, P. 2207-2212.

У вступі до роботи<sup>30</sup> зазначено: основна гіпотеза щодо впливу соціальної нерівності на смертність полягає у тому, що підвищений ризик серед соціально-економічно незахищених людей значною мірою зумовлений вищою поширеністю ризикованої для здоров'я поведінки серед тих, хто має нижчий рівень освіти та доходу. Досліджено ступінь, до якого 4 поведінкові фактори ризику (куріння, вживання алкоголю, сидячий спосіб життя та відносна маса тіла) пояснюють спостережуваний зв'язок між соціально-економічними характеристиками та смертністю від усіх причин. Освітні відмінності у смертності повністю пояснювалися сильним зв'язком між освітою та доходом. Ураховуючи вік, стать, расу, міське походження та освіту, коефіцієнт ризику смертності становив 3,22 для осіб із групи з найнижчими доходами та 2,34 для осіб із середнім рівнем доходу. Коли враховувалися ризиковані для здоров'я поведінки, ризик смерті все ще був значно підвищеним для групи з найнижчим доходом (коефіцієнт ризику 2,77) і групи із середнім доходом (коефіцієнт ризику 2,14). Незважаючи на те, що зменшення поширеності ризикованої для здоров'я поведінки серед населення з низьким рівнем доходу є важливою метою охорони громадського здоров'я, соціально-економічні відмінності у смертності зумовлені більш широким спектром факторів і, отже, залишатимуться навіть за умови покращення поведінки щодо здоров'я серед знедолених.

В огляді<sup>31</sup> аналізуються деякі чинники, які перешкоджають приверненню уваги до немедичних детермінант здоров'я населення, і пропонуються підходи до профілактики захворювань і зміцнення здоров'я. Якими б серйозними не були деякі з цих проблем, існує ряд можливостей для прогресу, пов'язаного з різними немедичними впливами на стан здоров'я. Більш інноваційна наука, краще спрямування соціальних зусиль на покращення здоров'я, нові моделі реалізації політики та сильне лідерство – усе це може сприяти таким зусиллям. Завдяки більш інноваційній науці можна краще зрозуміти природу перетину цих областей і краще обґрунтувати силу та курс ефективних втручань, які є не лише клінічними, але й особистими, екологічними та культурними.

У роботі<sup>32</sup> кількісно визначено основні причини смертності в Сполучених Штатах за період 1980–2002 рр. Основними причинами смерті були тютюн (435 000 смертей; 18,1% від загальної кількості

---

<sup>30</sup> Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality: Results from a Nationally Representative Prospective Study of US Adults. Lantz P. et al. *JAMA*. 1998. V.279, N. 21, P. 1703-1708.

<sup>31</sup> The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion. McGinnis J.M. et al. *Health Affairs*. 2002. V. 21, N 2. P. 78-79. DOI:10.1377/hlthaff.21.2.78

<sup>32</sup> Actual Causes of Death in the United States, 2000. Mokdad A. et al. *JAMA*. 2004. V. 291, N 10, P. 1238-1245. e1000058.

смертей у США), неправильне харчування та відсутність фізичної активності (365 000 смертей; 15,2%) та вживання алкоголю (85 000 смертей; 3,5%). Іншими фактичними причинами смерті були мікробні агенти (75 000), токсичні агенти (55 000), автомобільні аварії (43 000), інциденти із застосуванням вогнепальної зброї (29 000), сексуальна поведінка (20 000) і незаконне вживання наркотиків (17 000). Ці аналізи показують, що куріння залишається основною причиною смертності. Однак незабаром погане харчування та відсутність фізичної активності можуть витіснити тютюн як провідну причину смерті. Отримані дані разом із зростанням витрат на охорону здоров'я та старінням населення переконливо свідчать про те, що необхідність встановлення більш профілактичної орієнтації в системі охорони здоров'я США та громадського здоров'я стала більш нагальною.

Мета роботи<sup>33</sup> полягала в тому, щоб оцінити наслідки смертності від поганого харчування, способу життя та метаболічних факторів ризику в Сполучених Штатах (США) за допомогою послідовних і порівнянних методів: високий рівень глюкози в крові, холестерин, ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), артеріальний тиск, надмірна вага-ожиріння, високий вміст в їжі трансжирних кислот і солі, низький вміст в їжі поліненасичених жирних кислот, омега-3 жирних кислот (морепродукти), фруктів і овочів; відсутність фізичної активності; вживання алкоголю; куріння тютюну. У 2005 році паління тютюну та високий кров'яний тиск спричинили приблизно 467 000 і 395 000 смертей, що становить приблизно кожні п'ять або шість смертей серед дорослих американців. Надмірна вага та ожиріння (216 000) і недостатня фізична активність (191 000) були відповідальними за майже 1 з 10 смертей. Високий вміст харчової солі (102 000), низький вміст омега-3 жирних кислот (84 000) і високий вміст трансжирних кислот (82 000) були дієтичними ризиками з найбільшим впливом на смертність. Куріння та високий кров'яний тиск були причиною найбільшої кількості смертей у США. Інші харчові поведінки, спосіб життя та метаболічні фактори ризику хронічних захворювань також спричинили значну кількість смертей у США.

Основними глобальними ризиками смертності у світі є високий кров'яний тиск (відповідальний за 13% смертей у світі), вживання тютюну (9%), високий рівень глюкози в крові (6%), відсутність фізичної активності (6%), а також надмірна вага та ожиріння (5%)<sup>34</sup>. Ці ризики є

---

<sup>33</sup> The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors. Danaei G. et al. *PLoS Medicine*. 2009. V.6, N 4. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000058>

<sup>34</sup> World Health Organization, *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*, Geneva: WHO, 2009.

відповідальними за підвищення ризику хронічних захворювань, таких як хвороби серця, діабет і рак. Вони впливають на країни з усіма групами доходів: високим, середнім і низьким. Основними глобальними ризиками тягаря захворювань, вимірними роками життя з поправкою на інвалідність (DALY), є недостатня вага (6% глобальних DALY) і незахищений секс (5%), за якими йдуть вживання алкоголю (5%) і небезпечна вода, санітарія та гігієна (4%). Три з цих ризиків особливо впливають на населення в країнах з низьким рівнем доходу, особливо в регіонах Південно-Східної Азії та Африки на південь від Сахари. Четвертий ризик – вживання алкоголю – демонструє унікальну географічну та статеву структуру, причому його тягар найвищий для чоловіків в Африці, у країнах із середнім рівнем доходу в Америці та в деяких країнах з високим доходом. У звіті представлено оновлення щодо 24 глобальних факторів ризику. Він використовує оновлену інформацію з програм ВООЗ і наукових досліджень як для даних про вплив, так і для причинно-наслідкових зв'язків впливу ризику з наслідками захворювань і травм. Тягар захворювань, пов'язаний з факторами ризику, вимірюється в термінах втрачених років здорового життя за допомогою метрики року життя з поправкою на інвалідність. DALY об'єднує роки життя, втрачені через передчасну смерть, з роками здорового життя, втраченими через хворобу та інвалідність. Хоча існує багато можливих визначень «ризиків для здоров'я», у цьому звіті він визначається як «фактор, який підвищує ймовірність несприятливих наслідків для здоров'я». Кількість таких факторів незліченна, і звіт не намагається бути вичерпним. Наприклад, не включено деякі важливі ризики, пов'язані з впливом збудників інфекційних захворювань або стійкістю до антимікробних препаратів. Звіт зосереджений на вибраних факторах ризику, які мають глобальне поширення, для яких доступні дані для оцінки впливу чи розподілу населення та для яких відомі засоби їх зменшення.

П'ять головних факторів ризику, визначених у цьому звіті (недостатня вага в дитинстві, незахищений секс, вживання алкоголю, небезпечна вода та санітарія та високий кров'яний тиск), є причиною однієї чверті всіх смертей у світі та однієї п'ятої частини всіх DALY. Зменшення впливу цих факторів ризику збільшить очікувану тривалість життя в усьому світі майже на 5 років. Вісім факторів ризику (вживання алкоголю, вживання тютюну, високий кров'яний тиск, високий індекс маси тіла, високий рівень холестерину, високий рівень глюкози в крові, низьке споживання фруктів і овочів і відсутність фізичної активності) є причиною 61% серцево-судинних смертей. У сукупності ці фактори ризику спричиняють понад три чверті випадків ішемічної хвороби серця: основної причини смерті в усьому світі. Хоча ці основні фактори ризику



зазвичай пов'язані з країнами з високим рівнем доходу, понад 84% загального глобального тягаря хвороб, які вони спричинюють, припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу. Зменшення впливу цих восьми факторів ризику збільшить очікувану тривалість життя в усьому світі майже на 5 років.

Дев'ять екологічних і поведінкових ризиків разом із сімома інфекційними причинами є причиною 45% смертей від раку в усьому світі. Для конкретних видів раку частка вища: наприклад, лише куріння тютюну спричиняє 71% смертей від раку легенів у всьому світі. Тютюнопаління стало причиною 18% смертей у країнах з високим рівнем доходу. Ризики для здоров'я знаходяться в перехідному періоді: населення старіє через успіхи в боротьбі з інфекційними захворюваннями; водночас змінюються моделі фізичної активності та споживання їжі, алкоголю та тютюну. Країни з низьким і середнім рівнем доходу зараз стикаються з подвійним тягарем зростання хронічних неінфекційних захворювань, а також інфекційних захворювань, які традиційно вражають бідних. Розуміння ролі цих факторів ризику є важливим для розробки чітких та ефективних стратегій для покращення глобального здоров'я.

Окружні рейтинги охорони здоров'я у США базуються на моделі здоров'я населення, включаючи показники здоров'я – засновані на однаковій вазі тривалості та якості життя, а також факторів здоров'я – зважених балів чотирьох основних факторів: поведінка здоров'я, клінічна допомога, соціальні та економічні фактори та фізичне середовище.

У роботі<sup>35</sup> для розрахунку рейтингів факторів здоров'я кожен із чотирьох компонентів зважувався на основі оцінки його відносного внеску в результати здоров'я. Оскільки єдиного правильного розподілу ваг не існувало, автори дійшли до ваг, спираючись на кілька різних точок зору:

A. Історична перспектива.

B. Огляд літератури.

C. Схеми зважування, які використовуються в інших рейтингах здоров'я.

D. Аналітичний підхід.

E. Прагматичний (залучення зацікавлених сторін) підхід.

У наведеній нижче табл. 3 підсумовуються альтернативні розподіли ваги, запропоновані цими п'ятьма точками зору, і рекомендована схема вагової оцінки для рейтингу охорони здоров'я округу.

---

<sup>35</sup> Different Perspectives for Assigning Weights to Determinants of Health, County Health Rankings Working Paper. B. Booske et al. Madison (WI): University of Wisconsin Population Health Institute. 2010.

Мета роботи<sup>36</sup> полягала у вивченні ролі поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, у зв'язку між соціально-економічним становищем і смертністю. Соціально-економічне становище було визначено на основі рівня зайнятості на державній службі (високий, середній і низький) на початковому етапі. Куріння, споживання алкоголю, харчування та фізична активність оцінювалися 4 рази протягом періоду спостереження (1985-2009 рр.). Серед державних службовців у Лондоні існував зв'язок між соціально-економічним становищем і смертністю, який значною мірою пояснювався коригуванням поведінки щодо здоров'я, особливо коли поведінку оцінювали неодноразово.

Сорок десятиліть соціологічних досліджень стресу пропонують п'ять основних висновків<sup>37</sup>. По-перше, коли стресори (негативні події, хронічні навантаження та травми) вимірюються комплексно, їхній шкідливий вплив на фізичне та психічне здоров'я є значним. По-друге, різний вплив стресових переживань є основним способом виникнення гендерної, расової та етнічної нерівності, сімейного стану та соціально-класової нерівності у фізичному та психічному здоров'ї. По-третє, члени меншин страждають від дискримінаційного стресу. По-четверте, фактори стресу поширюються протягом життя та між поколіннями, збільшуючи розрив у здоров'ї між заможними та знедоленими членами групи.

Таблиця 3

**Резюме різних точок зору  
на визначення ваги детермінант здоров'я**

	Історична перспектива	Літературний огляд	Інші рейтинги*			Аналітичний підхід	Прагматичний підхід	Рейтинги здоров'я
			AHR	WI, KS, TN	NM			
Соціальна та економічні фактори	Збільшення важливості	21% (до 8 разів медична допомога)	27%	40%	40%	55%	25%	40%
Поведінка щодо здоров'я		57%	37%	40%	40%	37%	25%	30%
Медична допомога		14% (до 50%)	10%	15%	21%	25%	27%	20%
Екологічні фактори		7%	9%	10%	5%	-3%	25%	10%

\*AHR = Американський рейтинг охорони здоров'я; чотири інші рейтинги були складені в штатах Вісконсін (WI), Канзас (KS), Теннессі (TN) та Нью-Мексико (NM)

По-п'яте, вплив стресорів на здоров'я та благополуччя зменшується, коли люди мають високий рівень майстерності, самооцінки та/або соціальної підтримки. Щоб допомогти людям подолати труднощі, слід

<sup>36</sup> Association of Socioeconomic Position with Health Behaviors and Mortality. Stringhini S. et al. *JAMA*. 2010. V. 303, N 12, P. 1159–1166. doi: 10.1001/jama.2010.297

<sup>37</sup> Thoits P. Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010. V. 51, Suppl., P. S41–53. DOI: 10.1177/0022146510383499

ширше поширювати та використовувати випробувані та реальні заходи подолання та підтримки. Щоб подолати нерівність у здоров'ї, програми та політики на макро- та мезорівнях втручання мають бути зосереджені на структурних умовах, які викликають ризик стресових факторів. Програми та політика також мають бути спрямовані на дітей, які протягом усього життя знаходяться під загрозою погіршення здоров'я та страждань через бідність та стресові сімейні обставини.

### 3. Відносний внесок кількох детермінант у стан здоров'я

В останні кілька десятиліть спостерігається зростання інтересу до того, що визначає та формує здоров'я. Незважаючи на найвищі витрати на охорону здоров'я на душу населення, Сполучені Штати відстають від багатьох інших країн за багатьма показниками охорони здоров'я. Залишаються кричущі відмінності в охороні здоров'я. Сполучені Штати витрачають невелику частку своїх витрат на охорону здоров'я саме на профілактику захворювань (менше 9%).

Одна з точок зору, що набирає сили в дослідницькій літературі, стверджує, що багато переваг від надзвичайно високих витрат на охорону здоров'я в Сполучених Штатах підриваються дуже низькими інвестиціями країни в соціальні послуги, які в широкому сенсі включають послуги підтримки для людей похилого віку, допомоги у зв'язку з втратою годувальника, допомоги по інвалідності та хвороби, підтримки сімей, житлових програм, програм зайнятості, допомоги по безробіттю та інших питань соціальної політики.

Крім того, зростає усвідомлення того, що інші неклінічні фактори, такі як освіта та дохід, мають великий вплив на здоров'я. Щоб зрозуміти та вирішити ці проблеми, дослідники зосередилися на розумінні факторів впливу на здоров'я людей, які зазвичай називають детермінантами здоров'я.

Вищезазначене свідчить про необхідність аналізу ефективності оцінки не лише очевидних, прямих детермінант здоров'я, але й структурних та соціальних проблем, які можуть спричиняти стійкі розлади здоров'я<sup>38</sup>.

Краще розуміння того, що впливає на результати здоров'я, зрештою призведе до кращої політики та дозволить більш ефективно використовувати обмежені ресурси безпосередньо для здоров'я. Тому слід зосередитися на дослідженнях багатьох детермінант із кількісним визначенням відносного впливу основних категорій детермінант на

---

<sup>38</sup> Social Risk Factors Institute of Medicine (US) Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43750/>

здоров'я (на відміну від великої кількості досліджень, які детально вивчають окремі класи детермінант).

Основою цієї структури є високорівневе представлення процесу, за допомогою якого інвестиції в первинну профілактику діють через детермінанти здоров'я, щоб спричинити вплив на здоров'я, витрати та інші результати, що цікавлять різні групи зацікавлених сторін. Центральним у цьому представленні є розуміння відносного внеску детермінант здоров'я в результати та витрати на здоров'я.

У літературі виділяють п'ять основних категорій детермінант здоров'я: генетика, поведінка, соціальні обставини, вплив навколишнього середовища та медичне обслуговування. Існують різні думки щодо того, як ці категорії співвідносяться одна з одною та зі здоров'ям і результатами, пов'язаними зі здоров'ям. Ряд дослідників і організацій, такі як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Центр з контролю і профілактики захворювань (CDC), запропонували моделі для пояснення цих складних взаємозв'язків. Ці моделі зазвичай відображають чотири елементи складності:

- Численні детермінанти здоров'я, такі як фактори, описані нижче.

- Численні виміри здоров'я, на які впливають детермінанти, включаючи смертність, захворюваність, функціонування та благополуччя.

- Численні причинно-наслідкові шляхи, через які детермінанти впливають одна на одну та на результати здоров'я, включаючи прямий і опосередкований вплив на здоров'я та різні часові рамки, через які реалізуються наслідки та результати (зокрема протягом життя та поколінь).

- Кілька рівнів впливу, включаючи індивідуальні, міжособистісні та суспільні ефекти.

Одна модель, розроблена CDC, підкреслює роль «соціальних детермінант здоров'я», які «не контролюються особою, але впливають на оточення людини». Різні організації запропонували визначення для розмежування соціальних детермінант: ВООЗ називає соціальні детермінанти «умовами, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, і які формуються розподілом грошей, влади та ресурсів на глобальному, національному та місцевому рівнях», і «найбільшою мірою відповідальні за несправедливість у здоров'ї», тоді як інші автори<sup>39</sup> стверджують, що «термін соціальна детермінанта здоров'я часто використовується для широкого позначення будь-яких немедичних факторів, що впливають на зміцнення здоров'я».

---

<sup>39</sup> Braveman P., Egerter S., Williams D. R. The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual Review of Public Health*. 2011. V. 32, N 1, P. 381-98. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101218.

Соціальні детермінанти здоров'я, як правило, охоплюють соціальне та фізичне середовище та послуги охорони здоров'я. До них належать такі речі, як дохід і багатство, структура сім'ї та домогосподарства, соціальна підтримка та ізоляція, освіта, професія, дискримінація, умови сусідства та соціальні інститути тощо.

У той час як п'ять категорій детермінант, як правило, вважаються основними факторами, що впливають на здоров'я, останні дослідження показали, що інші фактори мають сильний і унікальний вплив на здоров'я і можуть розглядатися як можливі механізми, що пов'язують прямі та непрямі детермінанти або як детермінанти самі по собі. Наприклад, стрес часто вважають складовою соціальних або «психосоціальних» обставин. Однак, незважаючи на те, що дослідження все ще розвиваються, зокрема щодо суб'єктивності переживання стресу та того, як його належним чином виміряти, стрес, здається, має прямий вплив на результати здоров'я та може впливати на те, як людина реагує на інші детермінанти.

Щодо стресу існує наступна думка: переважна частина літератури вказує на те, що диференційований вплив стресових переживань є одним із головних способів виникнення гендерної, расової та етнічної нерівності, сімейного стану та соціально-класової нерівності щодо здоров'я. Національна дослідницька рада та Інститут медицини розглядають фізіологічні механізми, пов'язані зі стресом, відзначаючи кумулятивну шкоду, спричинену хронічним довічним стресом, а також потенційно шкідливі та постійні наслідки стресових переживань у ранньому віці.

Слід також зазначити, що більшість захворювань і травм мають численні потенційні причини, і кілька факторів і умов можуть сприяти одній смерті. Тому важко оцінити внесок кожного фактора в смертність. У звіті ВООЗ про здоров'я у світі за 2002 рік<sup>40</sup> стверджується, що «основне початкове запитання під час оцінки впливу ризику на здоров'я полягає в тому, щоб запитати «порівняно з чим?»»

Порівняння наслідків для здоров'я можна проводити за соціально-економічним статусом (включно з доходом і освітою), расовою та етнічною приналежністю, статтю, віком, сімейним станом і географічним розташуванням тощо. Крім того, здоров'я можна визначити та виміряти кількома способами, включаючи, але не обмежуючись цим, захворюваність (як психічне, так і фізичне здоров'я), смертність, тривалість життя, витрати на охорону здоров'я, стан здоров'я та функціональні обмеження. Основний внесок у здоров'я може залежати від результату або результатів і досліджуваної популяції.

---

<sup>40</sup> World Health Organization, The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life, Geneva: World Health Organization, 2002.

Інші питання, які слід враховувати під час вимірювання впливу, включають важливість використання перспектив життя та між поколіннями, доступність даних та існування соціально-економічних градієнтів щодо наслідків для здоров'я. Також важливо враховувати час впливу та результатів. Наприклад, зазначається, що небезпечні ефекти деяких факторів ризику накопичуються поступово після початку впливу та повільно зменшуються після зменшення впливу. Це підтверджується результатами досліджень, які знизили артеріальний тиск і рівень холестерину, а також результатами досліджень, під час яких люди кинули палити. Залежність ризику від часу може залежати від захворювання, наприклад, вплив куріння на рак легенів проти серцево-судинних захворювань.

Незважаючи на ці проблеми, дослідники розраховували низку оцінок, щоб оцінити внесок детермінант здоров'я. Важливо розглядати відносний внесок, а не абсолютний, і зауважити, що детермінанти діють не поодиночі чи «просто додатковим способом», а скоріше разом один з одним у складних, взаємозалежних, двонаправлених відносинах.

Як зазначено у статті<sup>41</sup> «Нерівність при народженні: деякі причини та наслідки», присвяченій дослідженню внутрішньоутробного впливу екологічних небезпек, «відмінності, які здаються вродженими, насправді можуть бути продуктом екологічних факторів» і що ці пренатальні впливи, у свою чергу, впливають на людей у дорослому віці, а також на наступне покоління, що призводить до поширення несприятливого становища.

#### 4. Відносний внесок факторів ризику

Аналіз літератури підтверджує переконання, що інвестиції, які прямо чи опосередковано впливають на невелику кількість модифікованих факторів ризику (а саме тютюнопаління, неправильне харчування та фізична активність), можуть мати великий вплив на зниження смертності та тягаря захворювань. Ряд джерел приходять до подібних висновків, не пропонуючи кількісної оцінки внеску в результати здоров'я, але підтверджуючи значний внесок невеликої кількості детермінант, переважно поведінкових за своєю природою, у результати здоров'я.

Однак фактори поведінки, пов'язані із здоров'ям, мають місце у ширшому соціальному контексті. Вони є сполучною ланкою між соціальним середовищем та іншими вищими детермінантами, а також станом здоров'я та наслідками, тому їх не слід вважати єдиними рушійними факторами невідповідності здоров'ю. Наприклад,

---

<sup>41</sup> Currie J. Inequality at Birth: Some Causes and Consequences. *American Economic Review*. 2011. V.101, N 3 ( ), P. 1-22. DOI: 10.1257/aer.101.3.1

дослідження показників здоров'я підкреслює важливість звернення до поведінки щодо здоров'я. Прогрес у боротьбі з вживанням тютюну чітко підтверджує це твердження.

В рейтингу охорони здоров'я, розробленому Інститутом охорони здоров'я населення Університету Вісконсіна у співпраці з Фондом Роберта Вуда Джонсона, куріння та фізична активність включені як два з п'яти «ключових показників». Зазначається, що вони «більш впливові, ніж інші, коли справа доходить до того, наскільки ви здорові або скільки ви живете». Крім того, у 2014 році було додано сім нових показників, включаючи харчову поведінку та доступ до можливостей для фізичних вправ, що підкреслює переконання – непрямі чи попередні детермінанти надзвичайно впливають на формування індивідуальної поведінки щодо здоров'я.

У літературі виділено п'ять основних категорій детермінант здоров'я: генетика, поведінка, соціальні обставини, зовнішні та фізичні впливи та медичне обслуговування.

Дослідники, відзначаючи фундаментальний внесок соціальних факторів у смертність і захворюваність, наголошують на необхідності як індивідуальних, так і популяційних втручань – як на першому, так і на нижньому рівнях – для того, щоб зробити тривалий вплив на зміну поведінки та відповідні результати для здоров'я. Як зазначено у роботі<sup>42</sup>, позитивні зміни в поведінці щодо здоров'я вимагають дій з боку індивіда, але також вимагають, щоб «середовище, в якому люди живуть, працюють і відпочивають, підтримувало вибір здоровішого. Зусилля, спрямовані виключно на інформування або заохочення людей до зміни поведінки, без урахування їхнього фізичного та соціального середовища, часто не приводять до зменшення нерівності у здоров'ї. Подальше покращення поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, і, зокрема, зменшення розбіжностей у цій поведінці може вимагати прийняття набагато ширшої точки зору, заснованої на глибокому розумінні того, що формує поведінку».

Незважаючи на те, що ризикована для здоров'я поведінка поширена серед людей з нижчими доходами або освітою, ця поведінка для здоров'я не повністю пояснює зв'язок між доходом і смертністю. І, як зазначалося раніше, така поведінка може розвинути в результаті раннього життєвого досвіду та впливу, як несприятливого, так і захисного, що ще більше ускладнює та розширює можливі точки втручання.

Політика часто зосереджується на охороні здоров'я, а не на здоров'ї, причому не приділяється уваги профілактиці. Незважаючи на той факт,

---

<sup>42</sup> Braveman P., Egerter S. Overcoming Obstacles to Health: Report, from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America, Washington (DC): RWJF Commission to Build a Healthier America, February 2008.

як свідчить література, що багаторівнева пропаганда та впровадження здорової поведінки може принести найбільшу користь для охорони здоров'я. Знання відносної важливості детермінант здоров'я може допомогти розробити програми, які визначають пріоритетність втручань у сферах, де вони матимуть найбільший вплив. Однак вирішення навіть кількох визначальних факторів, які вважаються найбільш відповідальними за гарне здоров'я, вимагає від політиків роботи в усіх секторах, державному та приватному, а також на федеральному, штатному та місцевому рівнях.

Аналітична довідка «Перешкоди для політики охорони здоров'я населення: чи хтось несе відповідальність?»<sup>43</sup> висвітлює низку перешкод для використання політики охорони здоров'я населення як засобу покращення здоров'я громади, включаючи широкий спектр детермінант і, як наслідок, розповсюдження підзвітності між різними зацікавленими сторонами (такими як роботодавці, підприємства, медичні працівники, школи та уряд), включно з тими, які зазвичай не пов'язані зі здоров'ям. Установи громадського здоров'я також відіграють певну роль у мобілізації втручань на рівні громади через свої функції оцінки та планування, а також свої обов'язки щодо регулювання та виконання програм.

Політика охорони здоров'я населення повільно перетворювалася на корисний спосіб стимулювати дії щодо покращення здоров'я населення. Які бар'єри існують між знаннями про здоров'я населення та діями і як їх можна подолати? Немає простих рішень, але, безумовно, усунення цих перешкод є важливим завданням протягом наступного десятиліття.

Однією з критичних перешкод є те, що численні чинники, що визначають здоров'я населення – поведінка, генетика, соціальні фактори, фізичне середовище – важко не тільки мінімізувати, але й забезпечити їх адекватний науковий аналіз.

Це серйозний виклик для охорони здоров'я населення. «Незручна правда» полягає в тому, що, оскільки суб'єкти, що впливають на цей ряд факторів, розподілені між державним і приватним секторами (уряд на всіх рівнях, роботодавці, організації охорони здоров'я, шкільні ради, громадські організації), немає жодного конкретного суб'єкта або особи, відповідального за такі основні показники здоров'я населення, як смертність і захворюваність.

Урядова охорона здоров'я визначає свою роль як забезпечення умов, які роблять нас здоровими. В епоху скорочення ресурсів місцевим установам охорони здоров'я все важче надавати свої власні основні

---

<sup>43</sup> Kindig D. A. Obstacles to Population Health Policy: Is Anyone Accountable? <https://www.improvingpopulationhealth.org/blog/2010/06/obstacles-to-population-health-policy-i-is-anyone-accountable.html>



послуги, а тим більше ширші заходи, такі як витрати на охорону здоров'я, програми раннього дитинства та економічна конкурентоспроможність. Запропоновано такі механізми, як «система громадського здоров'я», державно-приватні партнерства, трасти оцінки результатів у сфері охорони здоров'я та функція інтеграції для організацій охорони здоров'я. Однак, жоден із цих механізмів не був створений за межами теорії чи масштабовано. Перешкоди на шляху систематичної трансформації включають не лише притаманну напруженість між підходами місцевої громади «знизу вгору» та більш централізованими державними або федеральними перспективами «зверху вниз», а й унікальні сильні сторони та проблеми громад у широкому спектрі проблем, пов'язаних зі здоров'ям.

Суть полягає в тому, що не існує універсальної формули, яка б керувала покращенням здоров'я населення шляхом розподілу ресурсів і діяльності в багатьох секторах і на багатьох рівнях. Спільноти знаходять власні рішення, з'ясовуючи, які їхні найгостріші проблеми, а потім працюють над їх вирішенням. Таким чином, слід зосередитися на складанні лише окремих, легко визначених частин головоломки політики охорони здоров'я населення (наприклад, вживання тютюну, ожиріння, вакцинація дітей тощо), залишаючи – цілком зрозуміло – більше першопричин і комплексних рішень без уваги.

Мало хто заперечить проти прагматизму зосередження зусиль на одній чи кількох ініціативах. Насправді є певні докази на підтримку такого підходу: «дуже чітко сфокусовані втручання, націлені на чітко визначену групу населення, які впроваджуються та керуються невеликою кількістю чітко підзвітних організацій, з більшою ймовірністю призведуть до покращення здоров'я громади»<sup>44</sup>.

Тим не менш, слід визнати, що в цьому світі з обмеженими ресурсами для досягнення найкращих результатів буде необхідним впровадження ширшого набору найбільш економічно ефективних втручань. Найвища результативність індивідуальної політики в певній громаді може стати самоціллю, а не засобом досягнення цільового результату щодо здоров'я населення. Можливо, кожен окремий сектор (охорона здоров'я, школи, роботодавці) досягне найнадійнішого набору рентабельних інвестицій і стимулів, можливих під його контролем. Однак це навряд чи станеться, враховуючи, що «чим ширший фокус втручання та різноманітніша цільова група, тим більше досягнення позитивних результатів у сфері охорони здоров'я в громаді залежатиме від інтеграції окремих компонентів програми».

---

<sup>44</sup> Community care networks: linking vision to outcomes for community health improvement. Conrad D.A. et al. *Med Care Res Rev.* 2003. V. 60(4 Suppl), P. 95S-129S. <https://doi.org/10.1177/107755872211181>

Проте залишається надія на потенціал механізмів міжгалузевої інтеграції. Сьогодні жодна організація не несе відповідальності за результати здоров'я населення. Існують значні проблеми як з окремими галузевими рішеннями, так і з багатогалузевими партнерствами, якщо їх не можна масштабувати.

Незважаючи на ці виклики, існує низка інноваційних політичних підходів, які спрямовані на зміцнення здоров'я населення шляхом впливу на детермінанти здоров'я та можливі причини їх нерівномірного розподілу. Хоча висвітлення їх усіх виходить за рамки цього огляду, слід коротко обговорити кілька помітних прикладів, у тому числі підхід «здоров'я в усіх політиках», елементи профілактики та здоров'я населення в Законі про доступне лікування (ACA) (США) та більш конкретний приклад наскрізної політики, спрямованої на розвиток дітей раннього віку.

На глобальному рівні підхід «здоров'я в усіх політиках» (HiAP) змушує політиків на всіх рівнях враховувати наслідки для здоров'я, які безпосередньо із ним не пов'язані (транспорт, освіта, сільське господарство і житло). Підхід HiAP вимагає міцної міжгалузевої та міжвідомчої співпраці з акцентом на ширших, передових детермінантах здоров'я, які, як вважається, створюють найбільшу несправедливість у здоров'ї. Зазначається, що не існує єдиного «правильного способу» впровадження HiAP. Існує багато механізмів, за допомогою яких це можна досягти. Американська асоціація охорони громадського здоров'я (АРНА) окреслює п'ять основних елементів підходу HiAP: зміцнення здоров'я, справедливості і стійкості (через включення питань охорони здоров'я в конкретну політику, а також шляхом включення охорони здоров'я в ухвалення державних рішень у цілому); підтримка міжсекторального співробітництва; принесення користі багатьом партнерам (наприклад, політика, спрямована на покращення здоров'я, також може принести користь іншим партнерам, не пов'язаним зі здоров'ям); залучення зацікавлених сторін; створення структурних змін. ВООЗ заявляє, що зусилля щодо включення здоров'я в усі політики відбуваються «майже скрізь», і цей підхід пропагують і підтримують Інститут медицини (ІОМ), АРНА та Національна асоціація округів і міст, Національна стратегія профілактики.

В документі «Здоров'я в усіх політиках: перспективи та потенціал» ВООЗ висвітлює низку прикладів HiAP на практиці в Європі. АРНА, Інститут громадського здоров'я та Департамент охорони здоров'я Каліфорнії пропонують «Здоров'я в усіх політиках: посібник для державних і місцевих органів влади», щоб допомогти політикам у впровадженні HiAP, спираючись на досвід Каліфорнійської цільової групи «Здоров'я в усіх політиках». На національному рівні АСА надає

можливість експертам, політикам і громадськості перенести фокус на здоров'я за межі надання медичної допомоги, до ширшого кола факторів, які відіграють роль у формуванні здоров'я.

В доповіді «Здоров'я населення в епоху Закону про доступну медицину»<sup>45</sup> зазначено, що АСА звертається до здоров'я населення кількома способами, які виходять за межі розширення страхового покриття та покращення якості медичної допомоги. Це включає посилення зміцнення здоров'я шляхом профілактики в системі надання медичної допомоги. Наприклад, шляхом впровадження підзвітних організацій з надання медичної допомоги і, що, можливо, важливіше, також за її межами, шляхом створення Національної ради з профілактики, зміцнення здоров'я та громадської охорони здоров'я та Фонду профілактики та охорони здоров'я.

Інші механізми фінансування АСА, які потенційно можуть покращити здоров'я населення, включають гранти на трансформацію громади (зосереджені на зусиллях громади щодо запобігання хронічним захворюванням); програми стимулювання оздоровлення на робочому місці для малого бізнесу; оцінка потреб у сфері охорони здоров'я громади та вимог до оцінки охорони здоров'я громади для департаментів охорони здоров'я, які бажають отримати акредитацію через Раду з акредитації громадського здоров'я. Останні дві стратегії вирішують складний аспект підзвітності, не лише створюючи показники здоров'я населення, але й показники ефективності, а також вимагають ідентифікації суб'єктів, відповідальних за певну діяльність, яка сприяє загальному здоров'ю громади та населення.

Як зазначалося вище, зміну поведінки особливо важко реалізувати, і вона вимагає багатогранних підходів із використанням інструментів різних галузей і секторів, включаючи психологію здоров'я, поведінку та освіту щодо здоров'я, комунікацію щодо здоров'я, психологію громади, оцінку програм, державну політику та поведінкову економіку. Незважаючи на невелику кількість (здебільшого поведінкових) «цілей», все ще існує багато можливих втручань (і комбінацій втручань), які можуть мати значення як на індивідуальному, так і на рівні популяції. У цьому процесі також важливо брати до уваги багато екологічних і соціальних факторів, які можуть впливати на поведінку протягом усього життя, починаючи з моменту народження. Інвестиції в раннє дитинство пропонують багатообіцяюче наскрізне рішення для багатьох соціальних детермінант. Раннє життя впливає на здоров'я протягом усього життя, включаючи схильність до ризикованої поведінки, когнітивний і некогнітивний розвиток (наприклад, виконавчі функції та розвиток

---

<sup>45</sup> Stoto M. A. Population Health in the Affordable Care Act Era, Washington (DC): Academy Health, February 21, 2013.

префронтальної кори), що, у свою чергу, впливає на часові уподобання та навички самоконтролю (відкладене задоволення), які є основними визначальними факторами ризикованої для здоров'я поведінки.

Це ключові нейро-психо-соціальні шляхи, що пов'язують соціально-економічний статус, поведінку та результати здоров'я. Проблема з інвестиціями в раннє дитинство полягає в тому, що вони вимагають початкових витрат, які принесуть здоров'я та економічні вигоди лише в довгостроковій перспективі. Це призвело до розробки нових механізмів довгострокового фінансування, таких як облігації соціального впливу (SIBs). За даними Інституту Брукінгса, у цій моделі приватні інвестори вкладають капітал для фінансування соціального втручання, а уряд повертає інвестору витрати лише якщо досягнуто узгодженого результату. Потім незалежний оцінювач підтверджує, чи досягнуто результату шляхом ретельної оцінки впливу. Ключовою особливістю SIB є фінансування профілактичних програм, які можуть скоротити більш дорогі заходи з відновлення. Крім того, SIBs запроваджують стимул для державних установ працювати разом, щоб спільно отримати заощадження.

Підґрунтям усіх вищезазначених зусиль є потреба в більш надійних даних про те, що створює здоров'я, ефективність втручань, які впливають на детермінанти здоров'я для досягнення здоров'я, своєчасного виходу та заходів, які фіксують стан здоров'я населення та прогрес у досягненні цих цілей.

Існує потреба в більш точних вимірюваннях і порівнянності між дослідженнями детермінант здоров'я, щоб підкріпити докази щодо відносного внеску та важливості різних детермінант у формуванні здоров'я. Ряд досліджень, процитованих вище та розглянутих у цьому огляді, не дають точного визначення їх показників і використаної методології, і більшість статей, цитованих у табл. 2, обговорюють відсутність порівнянності між дослідженнями внаслідок цих відмінностей.

Крім того, коли визначено найпотужніші детермінанти здоров'я, розробникам політики знадобиться більше інформації про ефективність втручань, які впливають на ці детермінанти, щоб орієнтуватися на обмежені ресурси та визначити, що для кого працює в якому контексті, враховуючи широкі відмінності в громадах і популяціях.

Потрібні також своєчасні дані про результати, зокрема заходи, які оцінюють здоров'я населення, а не результати на індивідуальному рівні, особливо в контексті спільної відповідальності. Незважаючи на ці методологічні проблеми, існує багато втручань, спрямованих на покращення здоров'я населення, які впроваджуються та мають значну доказову базу.

Зі зростанням оцінки здоров'я як продукту системи охорони здоров'я та індивідуальної поведінки з'являється шанс змінити уявлення про здоров'я та можливість його покращення для населення в цілому.

## Висновки

Автори чудово усвідомлюють, що наведений матеріал ставить більше запитань, аніж дає хоча б приблизні відповіді. Один висновок можна зробити із впевненістю – у глобальному плані вирішення проблеми детермінант здоров'я як чинників, що формують громадське здоров'я, знаходиться на початковому, певною мірою абстрактному рівні. Всі спроби адаптувати зроблені колись вкрай приблизні узагальнення на сучасні умови існування людства, не кажучи про загрози природних, техногенних та соціальних катастроф, приречені на закономірний провал. Як приклад можна привести порівняння даних табл. 1 та 2. Цілком зрозуміло, що висновки 40 професіоналів та «парапрофесіоналів» (автори взяли це слово у лапки, тому що взагалі незрозуміло, хто це такі) станом на 1977 рік, які стали альфою і омегою вітчизняної системи координат стосовно детермінант здоров'я, (названі у вітчизняній літературі одночасно працею Robins і численими науковими дослідженнями), не більше, ніж нісенітниця. Оскільки вони не мають жодного відношення до конкретних сучасних детермінант здоров'я у Флориді, Канзасі або Алясці Сполучених Штатів через 47 (!) років, які спливли від закінчення цієї аналітики. Якщо це взагалі можна так назвати. Не кажучи про те, що узагальнення цих висновків на всіх, це навіть не «температура по лікарні», а «температура по місту» (мається на увазі температура тіла людини). Яке це має відношення, навіть у 1977 році, до жителів, наприклад, Ісландії, Болгарії та Ботсвани на півдні Африки? Аж ніякого. Висловлені сумніви щодо некоректності таких методичних підходів підтверджуються аналізом табл. 3. Щодо медичної допомоги, як групи детермінант, відсотки вкладу коливаються наступним чином: загальноамериканський рейтинг, штати Вісконсін (WI), Канзас (KS), Теннессі (TN) (загалом) та Нью-Мексико (NM) (окремо) 10%, 15%, 21% відповідно (рейтинг 20%); екологічні фактори – 9%, 10%, 5% відповідно (рейтинг 10%). Виникає цілком слушне запитання: якщо рейтинги детермінант здоров'я коливаються в 1,5–2 рази між штатами у Сполучених Штатах, про яке узагальнення для інших країн може йти мова. Така ж ситуація буде в будь якій країні зі своїми регіональними особливостями. Водопостачання населення

Одеської (поверхневі джерела)<sup>46</sup> та Рівненської (підземні джерела)<sup>47</sup> областей різні, то ж і вклад водного фактору, як детермінанти<sup>48 49</sup>, буде відповідно різним. У межах Одеської області ризику водного походження те ж різні: для м. Одеса це гепатит А та ротавірусна інфекція, для м. Ізмаїл це всі групам інфекційних кишкових захворювань (за винятком ВГА)<sup>50</sup>, для селища поблизу м. Ізмаїл, яке вживає неочищену воду із р. Дунай, це взагалі можлива поліетиологічна картина кишкових інфекцій<sup>51</sup>.

Проведений аналіз дає всі підстави вважати, що існуюча досі система оцінки впливу різних детермінант на здоров'я населення є абстрактною, некоректною і тому потребує радикальних змін. З нашої точки зору за основу слід взяти 2 великі групи детермінант, які у свою чергу ділять на 2 підгрупи. Це група екзогенних детермінант (соціальних та екологічних) та група ендогенних детермінант (біологічних та поведінкових). Надмірна масштабованість та узагальненість потребують заміни на диференційованість із обов'язковим врахуванням регіональних особливостей. Для цього необхідно розробити адекватний, гнучкий і простий у використанні математичний апарат. Невеликий досвід таких аналітичних досліджень існує<sup>52</sup>. Розрахунок конкретних детермінант для кожної конкретної групи населення дозволить отримати конкретні висновки щодо тих чи інших впливів на стан здоров'я. Які, у

---

<sup>46</sup> Мокієнко А. В. Еколого-гігієнічні основи безпечності води, що знезаражена діоксидом хлору. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.01. – «Гігієна та професійна патологія». Державна установа «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва АМН України». К., 2009. 348 с.

<sup>47</sup> Гушук І. В. Наукове обґрунтування концептуальних засад розвитку системи охорони громадського здоров'я України (гігієнічні аспекти). Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.01. – «Гігієна та професійна патологія» Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України», Київ, 2020.

<sup>48</sup> Мокієнко А.В. Вода як детермінанта громадського здоров'я. Вода: гігієна та екологія. 2019. №1-4 (7). С. 4-8.

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3628417>

<sup>49</sup> Babienko V. V., Mokiienko A. V. The priority of water as determinants of public health: old problems and new challenges Public health system in Ukraine and EU countries: realities, transformation, development vectors, perspectives : Scientific monograph. 1st ed. Riga, Latvia : "Baltija Publishing", 2023. P. 130-154.

<sup>50</sup> Мокієнко А. В., Ковальчук Л. Й. Українське Придунав'я: гігієнічні та медико-екологічні основи впливу води як фактору ризику на здоров'я населення. Одеса. Прес-кур'єр, 2017. 352 с.

<sup>51</sup> Мокієнко А. В. Питна вода і якість життя: парадигма трансформації ролі води у житті людини і суспільства. XXIII-і читання В. В. Підвисоцького: Бюлетень матеріалів наукової конференції (16-17 травня 2024 року). Одеса: УкрНДІ медицини транспорту, 2024. С. 90-92.

<sup>52</sup> Мокієнко А. В., Ковальчук Л. Й., Крісілов А. Д. Якість води поверхневих водойм як фактор ризику для здоров'я населення: математична модель. *Вісник національної академії наук України*. 2017. № 10. С. 42-52. DOI: <https://doi.org/10.15407/vism2017.10.042>

свою чергу, стануть підґрунтям для прийняття відповідних організаційних заходів. Така ціль зараз здається недосяжною. Але, на наше глибоке переконання, реалізація саме такої цілі забезпечить здоров'я індивіда як основи здорового суспільства.

### Анотація

В огляді літератури проведено аналіз сучасних поглядів на детермінанти здоров'я. Представлено конспективну оцінку стану питання в Україні, досвід США щодо вивчення соціальних факторів ризиків для здоров'я, аналіз точок зору щодо факторів ризику для здоров'я населення, характеристику відносного внеску факторів ризику. Висловлено точку зору щодо необхідності розподілу детермінант на 2 великі групи: екзогенних (соціальних та екологічних) та ендемогенних (біологічних та поведінкових).

### Література

1. Громадське здоров'я : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузева та ін. Вид. 3. Вінниця : Нова Книга, 2013. 560 с.
2. Бондар Ю.А., Легінькова Н.І. Основні фактори впливу на здоров'я населення. Донецький національний медичний університет. 16 березня 2020. <https://cusu.edu.ua/en/konferenc-19-20/mizhnarodna-naukovo-praktychna-internet-konferentsiia-stratehii-innovatsiinoho-rozvytku-pryrodnychkh-dystyplin-dosvid-problemy-ta-perspektyvy/seksiia-4-sotsialna-medytyna-hromadske-zdorovia-ta-hihiiena/10914-osnovni-factory-vplyvu-na-zdorovia-naseleunia>
3. Панорама охорони здоров'я населення України. За ред. А.В. Підаєва, О.Ф. Возіанова, В.Ф. Москаленка, В.М. Пономаренка. К.: Здоров'я, 2003. 396 с.
4. Куценко В.І., Трілленберг Г.І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти: монографія. К.: РВПС України НАН України, 2005. 366 с.
5. Гуцуляк В.М. Медична географія. Екологічний аспект: навчальний посібник. Чернівці: Рута, 2008. 132 с.
6. Немець Л.М., Баркова Г.А., Немець К.А. Медична галузь Харківської області: територіальні особливості, проблеми та шляхи удосконалення (суспільно-географічні аспекти): монографія. К.: Четверта хвиля, 2009. 224 с.
7. Молікевич Р.С. Стан здоров'я населення Херсонської області: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. К., 2016. 20 с.
8. Мезенцева Н.І., Батиченко С.П., Мезенцев К.В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: Монографія. К.: ДП «Прінт Сервіс», 2018. 136 с.

9. Батиченко С.П. Суспільно-географічні аспекти захворюваності населення регіонів України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. К., 2014. 20 с.
10. Social Determinants of Health – Healthy People 2030. health.gov. (n.d.). <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>
11. County Health Rankings: Relationships Between Determinant Factors and Health Outcomes in 45 States. Hood C.M. et al. *American Journal of Preventive Medicine*. 2016. V.50(2), P. 129-35. doi: 10.1016/j.amepre.2015.08.024
12. Marmot M. G., M. J. Shipley. Rose G. Inequalities in death-specific explanation of a general pattern. *Lancet*. 1984.1003-1006.
13. Gregory C. A., Coleman-Jensen A. (n.d.). Food insecurity, chronic disease, and health among working-age adults. <http://www.ers.usda.gov/publications/pub-details/?pubid=84466>
14. Racism and Health. Centers for Disease Control and Prevention. 2021, November 24. <https://www.cdc.gov/minorityhealth/racism-disparities/index.html>
15. Centers for Disease Control and Prevention. About Rural Health. 2023, May. <https://www.cdc.gov/ruralhealth/about.html>
16. The White House. Executive Order 13985: Advancing Racial Equity and Support for Underserved Communities Through the Federal Government. 2021? January 20. <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/presidential-actions/2021/01/20/executive-order-advancing-racial-equity-and-support-for-underserved-communities-through-the-federal-government/>
17. Disparities in Air Pollution Exposure in the United States by Race/Ethnicity and Income, 1990-2010. Liu J. et al. *Environmental Health Perspectives*. 2021. V. 129, N12. <https://doi.org/10.1289/EHP8584>.
18. The tree cover and temperature disparity in US urbanized areas: Quantifying the association with income across 5,723 communities. McDonald R. et al. *PLOS ONE*. 2021. V. 16(4), e0249715. 27 p. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249715>.
19. World Health Organization. Preventing Disease Through Healthy Environments: A Global Assessment of the Burden of Disease from Environmental Risks. Pruss-Ustun A. et al. 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204585/9789241565196eng.pdf;jsessionid=09B50968F412E8B2DFD3E8FFDA7C200E?sequence=1>.
20. Alderwick H., Gottlieb L. M. Meanings and Misunderstandings: A Social Determinants of Health Lexicon for Health Care Systems. *Milbank Quarterly*. 2019b. V. 97(2), P. 407-419. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12390>
21. Addressing Social Drivers of Health: Evaluating Area-level Indices. Sheingold S. et al. September 2022. [aspe.hhs.gov](https://aspe.hhs.gov).



<https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/474a62378abf941f20b3eaa74ca5721c/Area-level-Indices-ASPE-Reflections.pdf>

22. The U.S. Playbook to Address Social Determinants of Health. Domestic policy council office of science and technology policy. November 2023. White House Washington. 53 p.

23. McGovern L., Miller G., Hughes-Cromwick P. The Relative Contributions of Multiple Determinants to Health Outcomes. *Health Affairs*. [Online] August 21, 2014. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hpb20140821.404487/full/>.

24. Cutler D., Deaton A., Lleras-Muney A. The Determinants of Mortality. *Journal of Economic Perspectives*. 2006. V.20, N 3, P. 97-120. DOI: 10.1257/jep.20.3.97

25. Turner J. R., Wheaton B., Lloyd D. A. The Epidemiology of Social Stress. *American Sociological Review*. 1995. V. 60, P. 104-125.

26. Wheaton B. The Nature of Stressors. In *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*, ed. Allan V. Horwitz and Teresa L. Scheid, Cambridge: Cambridge University Press. 1999. P. 176-197.

27. DHHS. Public Health Service. Ten Leading Causes of Death in the United States. Atlanta (GA): Bureau of State Services, July. 1980

28. Dever G.E.A. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. *Social Indicators Research*. 1977. №2. P. 453-66.

29. McGinnis J. M., Foege W. H. Actual Causes of Death in the United States. *JAMA*. 1993. V. 270, N 18, P. 2207-2212.

30. Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality: Results from a Nationally Representative Prospective Study of US Adults. Lantz P. et al. *JAMA*. 1998. V.279, N. 21, P. 1703-1708.

31. The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion. McGinnis J.M. et al. *Health Affairs*. 2002. V. 21, N 2. P. 78-79. DOI:10.1377/hlthaff.21.2.78

32. Actual Causes of Death in the United States, 2000. Mokdad A. et al. *JAMA*. 2004. V. 291, N 10, P. 1238-1245. e1000058.

33. The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors. Danaei G. et al. *PLoS Medicine*. 2009. V.6, N 4. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000058>

34. World Health Organization, Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks, Geneva: WHO, 2009

35. Different Perspectives for Assigning Weights to Determinants of Health, County Health Rankings Working Paper. B. Booske et al. Madison (WI): University of Wisconsin Population Health Institute. 2010.

36. Association of Socioeconomic Position with Health Behaviors and Mortality. Stringhini S. et al. *JAMA*. 2010. V. 303, N 12, P. 1159–1166. doi: 10.1001/jama.2010.297

37. Thoits P. Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010. V. 51, Suppl., P. S41–53. DOI: 10.1177/0022146510383499

38. Social Risk Factors Institute of Medicine (US) Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43750/>

39. Braveman P., Egerter S., Williams D. R. The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual Review of Public Health*. 2011. V. 32, N 1, P. 381-98. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101218.

40. World Health Organization, The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life, Geneva: World Health Organization, 2002.

41. Currie J. Inequality at Birth: Some Causes and Consequences. *American Economic Review*. 2011. V.101, N 3 (), P. 1-22. DOI: 10.1257/aer.101.3.1

42. Braveman P., Egerter S. Overcoming Obstacles to Health: Report , from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America, Washington (DC): RWJF Commission to Build a Healthier America, February 2008.

43. Kindig D. A. Obstacles to Population Health Policy: Is Anyone Accountable? <https://www.improvingpopulationhealth.org/blog/2010/06/obstacles-to-population-health-policy-i-is-anyone-accountable.html>

44. Community care networks: linking vision to outcomes for community health improvement. D.A. Conrad et al. *Med Care Res Rev*. 2003. V. 60(4 Suppl), P. 95S-129S. <https://doi.org/10.1177/107755872211181>

45. Stoto M. A. Population Health in the Affordable Care Act Era, Washington (DC): Academy Health, February 21, 2013.

46. Мокієнко А. В. Еколого-гігієнічні основи безпечності води, що знезаражена діоксидом хлору. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.01. – «Гігієна та професійна патологія». Державна установа «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва АМН України». К., 2009. 348 с.

47. Гушук І. В. Наукове обґрунтування концептуальних засад розвитку системи охорони громадського здоров'я України (гігієнічні аспекти). Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.01. – «Гігієна та професійна патологія». Державна установа “Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України”, Київ, 2020.

48. Мокієнко А.В. Вода як детермінанта громадського здоров'я. *Вода: гігієна та екологія*. 2019. №1-4 (7). С. 4-8. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3628417>

49. Babienko V. V., Mokienko A. V. The priority of water as determinants of public health: old problems and new challenges Public health system in Ukraine and EU countries: realities, transformation, development

vectors, perspectives : Scientific monograph. 1st ed. Riga, Latvia : “Baltija Publishing”, 2023. P. 130-154.

50. Мокієнко А. В., Ковальчук Л. Й. Українське Придунав'я: гігієнічні та медико-екологічні основи впливу води як фактору ризику на здоров'я населення. Одеса. Прес-кур'єр, 2017. 352 с.

51. Мокієнко А. В. Питна вода і якість життя: парадигма трансформації ролі води у житті людини і суспільства. XXIII–і читання В. В. Підвисоцького: Бюлетень матеріалів наукової конференції (16-17 травня 2024 року). Одеса: УкрНДІ медицини транспорту, 2024. С. 90-92.

52. Мокієнко А. В., Ковальчук Л. Й., Крісілов А.Д. Якість води поверхневих водойм як фактор ризику для здоров'я населення: математична модель. *Вісник національної академії наук України*. 2017. № 10. С. 42-52. DOI: <https://doi.org/10.15407/visn2017.10.042>

**Information about the authors:**

**Mokiienko Andriy Viktorovich,**

<https://orcid.org/0000-0002-4491-001X>

Doctor of Medical Sciences, Senior Research Fellow,  
Associate Professor at the Department of Public Health  
and Physical Education

The National University of Ostroh Academy  
2, Seminarska str., Ostroh, Rivne region, 35800, Ukraine

**Hushchuk Ihor Vitaliiiovych,**

<https://orcid.org/0000-0002-8075-9388>

Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Head of the Department of Public Health and Physical Education  
The National University of Ostroh Academy  
2, Seminarska str., Ostroh, Rivne region, 35800, Ukraine