

Карэн Амлаев



**НЕРАВЕНСТВО
В ЗДОРОВЬЕ,
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ
ЛЕЧЕНИЮ
И МЕДИЦИНСКАЯ
ГРАМОТНОСТЬ
НАСЕЛЕНИЯ**

Карэн Амлаев

**Неравенство в здоровье,
приверженность
лечению и медицинская
грамотность населения**

«Издательские решения»

2015

Амлаев К. Р.

Неравенство в здоровье, приверженность лечению и медицинская грамотность населения / К. Р. Амлаев — «Издательские решения», 2015

Данная монография — это прекрасный пример попытки привлечь внимание к темам равенства и грамотности в вопросах здоровья, связав в единое целое теорию и реальные факты, с одновременным осуществлением ситуативного анализа и разработкой плана действий.

© Амлаев К. Р., 2015

© Издательские решения, 2015

Содержание

Введение	6
Неравенство в здоровье:	7
Конец ознакомительного фрагмента.	15

Неравенство в здоровье, приверженность лечению и медицинская грамотность населения

Карэн Робертович Амлаев

© Карэн Робертович Амлаев, 2015

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero.ru

Амлаев К. Р. Неравенство в здоровье, приверженность лечению и медицинская грамотность населения на местном уровне: теоретические аспекты и Ставропольский опыт

*Вступительное слово руководителя международного проекта
«Здоровые города» ВОЗ*

С самого начала своего существования, 25 лет тому назад проект «Здоровые города» уделял особое внимание вопросам равенства, а также стратегиям и видам вмешательства, направленным на поддержку отдельных лиц и сообществ в их попытке обрести больший контроль над принятием решений и действиями, которые касаются их здоровья и благополучия.

Грамотность в вопросах здоровья получает все большее признание в качестве весьма перспективной области общественного здравоохранения и охраны здоровья. Это важная составляющая наших стратегий, разрабатываемых для усиления полномочия общества и обеспечения его устойчивости.

Применение теоретических и практических положений данных стратегий в местных условиях может быть нелегкой задачей, и здесь необходимо дать профессиональное определение тем понятиям, которые используются на местном уровне. Кроме того, здесь необходима адаптация универсальных рекомендаций и положений к местному политическому и организационному контексту и реалиям, и в таком случае чрезвычайно важным может оказаться содействие местных академических заведений.

Данная монография, представленная Карэном Амлаевым, членом Европейского консультативного комитета, профессором Ставропольского государственного медицинского университета – это прекрасный пример попытки привлечь внимание к вопросам равенства и грамотности в вопросах здоровья в Ставрополе, связав в единое целое теорию и реальные факты, с одновременным осуществлением ситуативного анализа и разработкой плана действий.

Доктор Агис Цурос

Директор департамента политики и управления в вопросах здоровья и благополучия

*Европейский региональный офис Всемирной организации здравоохранения
Копенгаген*

Введение

Проект «Здоровые города» вносит свой вклад в развитие здоровья в Европейском регионе уже несколько десятилетий. Его особенностью является адекватное реагирование на проблемы, которые возникают в общественном здоровье и системах здравоохранения европейских государств. Это находит отражение в темах, которые становятся ключевыми на определенных этапах реализации проекта «Здоровые города».

Российская Федерация является активным участником Европейской сети «Здоровые города». За последние годы к нашему движению присоединились десятки российских городов.

Представленная вашему вниманию монография посвящена актуальным проблемам современного здравоохранения: неравенству в здоровье, низким уровням грамотности в вопросах здоровья и приверженности лечению.

Неравенство в здоровье в наше время стало одним из ключевых приоритетов Европейской стратегии 2020. Несмотря на то, что индикаторы состояния здоровья, такие как смертность, продолжают улучшаться по всей Европе, но все еще существуют резкие различия в здоровье между странами, территориями внутри стран и даже городов, а также между социальными группами в странах и городах. К сожалению, неравенство в здоровье продолжает углубляться, не в последнюю очередь из-за глобального экономического кризиса. Растущая безработица и сокращения расходов на общественные нужды затронут условия жизни миллионов людей в европейском регионе и окажут самое большое влияние на состояние здоровья уязвимых групп населения. Если адекватные меры не будут своевременно предприняты, чтобы предотвратить это, неравенство в здоровье может только увеличиться.

Проблемы низкого уровня грамотности в вопросах здоровья и приверженности лечению, хотя и кажутся, на первый взгляд, вопросами другого рода, тем не менее, косвенно они также связаны с неравенством в здоровье. Очевидно, что повышение грамотности всего населения и особенно его уязвимых (социально незащищенных) групп будет способствовать большей устойчивости местных сообществ к негативным социально-экономическим влияниям кризисного периода, а также способствовать снижению неравенства в здоровье. С другой стороны более высокий уровень грамотности в здоровье повышает приверженность пациентов лечению, что позволяет добиться лучших результатов в оздоровлении жителей, не увеличивая при этом финансовые затраты. Наши исследования демонстрируют, что приверженность уязвимых категорий жителей (малообеспеченных и с низким уровнем образования) ниже, чем у других групп. Таким образом, повышение грамотности в вопросах здоровья и приверженности лечению также уменьшают и неравенство в вопросах здоровья.

Весь этот спектр актуальных проблем и их возможное решение нашел отражение в данной монографии. В книге представлен теоретический обзор состояния проблемы, а также результаты собственных исследований автора и опыт города Ставрополя в рамках реализации международного проекта «Здоровые города». Монография адресована политикам, специалистам различных областей (здравоохранения, образования, социальных служб), чья деятельность, так или иначе, оказывает влияние на здоровье людей.

Неравенство в здоровье: современное состояние проблемы

Проблема неравенства в здоровье: политические и социальные аспекты

В литературе термин «неравенство в здоровье» часто используется как синоним «несправедливости в здоровье». Однако эти понятия не являются тождественными. Поскольку неравенство в здоровье является общим термином, который обычно используется для определения различий, изменений и диспропорций в здоровье индивидов и групп, то далеко не все неравенства в здоровье являются несправедливыми. Хотя, многие формы неравенства в здоровье являются, несомненно, несправедливыми, поскольку концепция несправедливости в здоровье фокусирует свое внимание на распределении ресурсов и других процессов, которые движут определенными видами неравенства в здоровье – т. е. на систематическом неравенстве в здоровье (или в его социальных детерминантах) между социальными группами, находящимися в более и менее выгодном положении. Другими словами, на неравенствах в здоровье, которые несправедливы и нечестны.

В отношении английских терминов «inequality» и «inequity», обозначающих «неравенство»: в сфере здравоохранения выражение *social inequalities in health* (социальные неравенства в отношении здоровья) подразумевает те же различия, [что и *social inequities in health*], которые являются несправедливыми и неправомерными (*unfair and unjust*) (Whitehead and Dahlgren, 2008).

Некоторые исследователи предлагают определение, в соответствии с которым несправедливость в здоровье имеет отношение к тем неравенствам в здоровье, которые считаются необязательными, устранимыми, несправедливыми и нечестными (Braveman P. et al, 1996, 2001; Newton K., 1997; Anand S., 2002; Whitehead and Dahlgren, 2008).

Неравенство в области здоровья увеличивается как внутри стран, так и между ними. Кроме того, большое неравенство с точки зрения состояния здоровья разделяет различные группы людей во всех странах независимо от дохода. В странах с высоким уровнем доходов разница в ожидаемой продолжительности жизни, составляющая более десяти лет, существует между различными группами в зависимости от таких факторов, как этническая принадлежность, пол, социально – экономическое положение и географический район проживания. В странах с низким уровнем доходов во всех регионах наблюдаются существенные различия в показателях смертности детей в зависимости от уровня благосостояния домашнего хозяйства.

Социально-экономические условия (социальные детерминанты) оказывают значительное влияние на здоровье людей на протяжении всей жизни. У людей с низким доходом вероятность серьезной болезни и преждевременной смерти, по крайней мере, вдвое выше, чем у людей с высоким уровнем дохода. Более того, социальные различия в состоянии здоровья, которые также можно назвать социальным градиентом здоровья, наблюдаются на всех ступенях социальной лестницы, не ограничиваясь лишь категорией малоимущих. В частности, даже среди служащих среднего звена лица, занимающие более низкие должности, болеют гораздо чаще и умирают раньше, чем их более высокопоставленные коллеги. (Whitehead M., Dahlgren G., 2008). Полное и адекватное представление о том, как формируется неравенство, будь то неравенство доходов или здоровья, какие факторы оказывают влияние на этот процесс, как эти виды неравенства связаны между собой, поиск путей снижения неравенства до социально приемлемого уровня – важнейшие условия разработки эффективной социально-экономической политики.

При рассмотрении поведенческих факторов, способствующих укреплению здоровья или же, наоборот, приносящих ущерб здоровью, множество неоспоримых фактов подтверждают,

что более бедные в социально-экономическом отношении группы и контингенты населения, как правило, хуже питаются, менее физически активны во время досуга и отдыха, чаще курят или отличаются причиняющими больший ущерб здоровью особенностями и привычками, связанными с потреблением алкоголя. Специальная литература, отражающая данные исследований качественных параметров условий и обстоятельств жизни людей, находящихся в более неблагоприятном положении, свидетельствует о больших ограничениях возможностей выбора ими более здорового образа жизни, что обусловлено практическими ограничениями в плане времени, пространства и денег, а также воздействия психосоциальных механизмов. Все это усугубляется различиями в возможностях доступа к благам, условиям и услугам, которые могли бы помочь предупредить или уменьшить ущерб здоровью, причиняемый социально-экономическими факторами. Так, например, часто можно обнаружить различия в том, что касается доступа к основным видам медико-санитарного обслуживания и их качества применительно к различным слоям и группам населения, причем гораздо большими возможностями такого доступа пользуются более здоровые и более зажиточные контингенты и группы населения. Это касается как профилактических, так и услуг, связанных с укреплением здоровья. (Whitehead and Dahlgren, 2008).

С экономической точки зрения приводились доводы о том, что такие проявления несправедливости и неравенства в вопросах охраны здоровья приводят к огромным потерям и расходу людских ресурсов, которые можно было бы использовать в интересах и на благо как отдельных людей, так и общества в целом.

Неравенство и неравноправие в вопросах здоровья и его охраны означает, что значительные слои населения лишены возможности достичь своего полного потенциала здоровья и что это препятствует их доступу к возможностям реализации и других основных прав человека. Из этого следует вывод, что общество должно равноправным и справедливым образом организовывать и распределять свои ресурсы, с тем, чтобы они были доступны для всех и каждого (Whitehead, M. et al., 2008).

Социально-экономические различия – значимые факторы неравенства в здоровье. В основе данного предположения лежат представления о механизмах связи здоровья с неравенством в социально – экономическом положении. В одних случаях эти механизмы достаточно очевидны, в других сложны и не лежат на поверхности. Так, уровень доходов определяет различия в жизненных стандартах – количестве и качестве потребляемых товаров и услуг. От этого, в свою очередь, зависит калорийность, разнообразие и сбалансированность питания, защитные и санитарно-гигиенические свойства используемой одежды и обуви, удобство и комфорт микросреды обитания. Различия в жизненных условиях формируют неодинаковые возможности адаптации, способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Неравенство в жизненных стандартах определяет неравенство возможностей в использовании эффективных мер и способов в борьбе с возникающими отклонениями от здоровья. С подобными механизмами «передачи» влияния социально-экономического неравенства на здоровье связана общая гипотеза о том, что связь между показателями здоровья и социально – экономическим положением имеет форму зависимости «чем лучше экономическое положение, тем лучше здоровье». На состояние здоровья оказывают существенное влияние особенности индивидуального поведения – курение, злоупотребление алкоголем, плохое или неправильное питание, недостаточная физическая активность. Различия в здоровье, обусловленные образом жизни, являются несправедливыми, когда выбор образа жизни ограничивается социально экономическими факторами, не зависящими непосредственно от человека. Например, было показано, что для более неблагополучных в социально экономическом плане групп населения характерна тенденция вести себя неблагоприятным или причиняющим ущерб здоровью образом (Тапилина В. С., 2004).

Ряд европейских исследований доказали, что показатели смертности, как правило, от двух до трех раз выше у людей, находящихся в нижней части социальной лестницы, а ожидаемая продолжительность жизни у неквалифицированных рабочих в среднем на пять лет меньше, чем у квалифицированных специалистов, тогда как временной разрыв в ожидаемой продолжительности жизни, свободной от нетрудоспособности/инвалидности, между бедными и богатыми составляет от девяти до двенадцати лет (Anand, 2002; Mackenbach, Kunst, 1997; Marmot, 2004).

Изучение социальных неравенств в здоровье и их изменений во времени является одним из ключевых направлений современных исследований в социологии здоровья. Такие исследования помогают более глубокому осознанию социальных механизмов формирования здоровья, способствуют пониманию того, насколько неравенства в здоровье обусловлены экономическими и социальными изменениями, происходящими в обществе, и дают представление о тенденциях нарастания или, напротив, сокращения различий в здоровье у представителей различных социальных слоев. Эти исследования имеют большое значение для выработки государственной социальной политики, направленной на улучшение состояния общественного здоровья, и оценки эффективности предпринимаемых в этом направлении мер (Anand, 2002; Mackenbach, Kunst, 1997; Marmot, 2004). Сегодня в основе политики общественного здравоохранения, согласно документам ведущих международных организаций (World Health Organization, WHO, 1990; Braveman, Pitarino, Creese, and Monash, 1996), лежит концептуализация здоровья как специфического общественного блага, доступ к которому должен определяться в соответствии с принципами социальной справедливости. Речь идет о равенстве возможностей в обеспечении ключевых ресурсов здоровья для представителей различных социально-статусных групп населения. Реализация этого требования предполагает особенно пристальное внимание к тем общественным слоям, чье социальное положение менее благоприятно (Anand, 2002).

Важно отметить, что политика, направленная на смягчение груза проблем со здоровьем в низкостатусных социальных группах, не только соответствует принципам справедливости, но и способствует существенному улучшению состояния здоровья населения в целом (Mackenbach, and Kunst, 1997).

Несмотря на то, что меры по снижению неравенства в Европе принимаются на протяжении последних 10 лет, в целом ряде стран проявляется все большая озабоченность тем, что данные различия и проявления неравенства и несправедливости продолжают расширяться, что особенно наглядно проявляется в странах Центральной и Восточной Европы, где эти проявления и различия являются совершенно беспрецедентными по своим масштабам для промышленно развитых стран в этом столетии. В некоторых странах – таких, как Российская Федерация, где налицо общее ухудшение состояния здоровья населения, – усилившееся неравенство и неравноправие являются драматическим следствием тяжелейших социально-экономических потрясений. Однако и в странах с благоприятным положением в области здравоохранения (например, в Дании, Нидерландах и Швеции) также немало свидетельств сохранения или даже усиления неравенства и несправедливости, что делает и их одним из первостепенных объектов озабоченности и тревоги с точки зрения общественного здравоохранения. Дифференцированное ухудшение здоровья женщин, в частности, относящихся к социальным группам, находящимся в неблагоприятном положении, стало проблемой, привлекающей все больше внимание лиц, разрабатывающих и определяющих политику в этих странах. В некоторых странах налицо явные проявления неравенства в отношении здоровья в зависимости от этнической принадлежности. Данные из Соединенного Королевства, а также из других стран, свидетельствуют о том, что это в значительной мере – результат и следствие неблагоприятного социально-экономического положения некоторых групп этнических меньшинств.

Неравенства и несправедливости весьма значительно и существенно различаются и варьируют от местности к местности в различные периоды времени, свидетельствуя о том, что они не являются фиксированными с неизбежностью, и могли бы в принципе меняться. Наилучшие уровни, достигнутые или достигаемые в той или иной стране, должны явиться образцом и руководством для достижения реально осуществимых целей в области укрепления здоровья и для других стран.

Социальное неравенство в отношении здоровья – это систематические различия в состоянии здоровья различных социально-экономических групп. Это неравенство является социально обусловленным (и потому поддающимся изменению) и несправедливым. Это суждение о несправедливости основано на всеобщих принципах прав человека. Факты указывают на существование огромного (и растущего) социального неравенства в сегодняшней Европе, по крайней мере, в относительных показателях. (Whitehead and Dahlgren, 2008).

Спектр социально-экономических неравенств широк: половозрастные, образовательные, расово – этнические, профессиональные, властные, материально – имущественные, территориальные и пр. Так или иначе наличие социально-экономических неравенств является нарушением принципа социальной справедливости. В этой связи важно рассмотреть само понятие социальной справедливости.

Социальное неравенство существовало на протяжении практически всей разумной истории человечества. Не смотря на то что во все века неравенство осуждалось, подвергалось уничтожающей критике и никогда не вызывало симпатий у членов общества, люди в ходе исторической практики с поразительным упорством сопротивлялись созданию «совершенных» обществ, основанных на социальном равенстве и отсутствии угнетения и принуждения одних социальных групп другими.

Особую озабоченность вызывает проявление социального неравенства, когда оно проявляется неравенством в здоровье детей. Между тем, в отчете, посвященном теме неравенства в здоровье, в том числе вопросам количественной оценки гендерных, возрастных, географических и социально – экономических факторов, влияющих на различия в состоянии здоровья собраны данные о здоровье подростков в возрасте 11, 13 и 15 лет в 2005–2006 гг. в 41 стране и территориях Европейского региона ВОЗ и Северной Америки. Цели отчета заключались в следующем: выявление фактических различий в состоянии здоровья молодежи, предоставление информации, полезной при разработке и реализации конкретных стратегий, содействие улучшению здоровья молодежи в целом.

Данное исследование убедительно показало, что, несмотря на высокий уровень здоровья и благополучия многих молодых людей, значительная часть молодежи испытывает серьезные проблемы, связанные с избыточной массой тела и ожирением, низкой самооценкой, неудовлетворенностью жизнью, употреблением наркотических и психотропных веществ (Whitehead M., Dahlgren G., 2008; C. Currie, S. N. Gabhainn, E. Godeau, C. Roberts, R. Smith, D. Currie, W. Picket, M. Richter, A. Morgan, V. Barnekow, 2008).

Всемирная организация здравоохранения сформулировала амбициозную программу «Здоровье для всех», предусматривающую снижение к началу XXI века неравенств в здоровье между странами и внутри стран на двадцать пять процентов (World Health Organization, Targets for Health for All, 1990). Однако, принимая во внимание результаты многочисленных исследований, Европейское региональное Бюро ВОЗ вновь формулирует Европейские задачи по снижению неравенства в здоровье.

ЗДОРОВЬЕ – 21: Европейская задача 1 – Солидарность в интересах здравоохранения в Европейском регионе

К 2020 г. существующий в настоящее время разрыв в состоянии здоровья населения между государствами-членами Европейского региона должен быть сокращен, как минимум, на одну треть.

ЗДОРОВЬЕ – 21: Европейская задача 2 – Равенство в вопросах охраны здоровья

К 2020 г. разрыв в уровне здоровья между социально-экономическими группами внутри стран должен быть сокращен по крайней мере на одну четверть во всех государствах-членах за счет значительного улучшения уровня здоровья групп населения, не получающих достаточного обслуживания.

ЗДОРОВЬЕ – 21: Европейская задача 3 – Межсекторальные обязательства в отношении здоровья

К 2020 г. все секторы обязаны признать и принять на себя ответственность за здоровье (Whitehead and Dahlgren, 2008).

Прежде чем начать решать проблему выраженного неравенства в здоровье следует разобраться в основных причинах и проявлениях неравенства в здоровье. Полное и адекватное представление о том, как формируется неравенство, будь то неравенство доходов или здоровья, какие факторы оказывают влияние на этот процесс, как эти виды неравенства связаны между собой, поиск путей снижения неравенства до социально приемлемого уровня – важнейшие условия разработки эффективной социально-экономической политики (Кислицына О. А., 2005).

Наиболее уязвимыми группами с позиции неравенства остаются молодежь, женщины, лица пенсионного возраста, малоквалифицированные рабочие. Наряду с бедностью и нищетой (иногда именуемой глубокой бедностью) выделяют обездоленность. Обычно ею страдают дети, инвалиды, безработные, пенсионеры, представители другой расы или нации, а также хронически бедные.

В обществе может быть ликвидирована абсолютная бедность, но всегда сохранится относительная. Ведь неравенство – неизменный спутник сложных обществ. Таким образом, относительная бедность сохраняется даже тогда, когда жизненные стандарты всех слоев общества повысились.

Зависимость уровня смертности от размеров доходов, вероятность более короткой жизни формируется в результате длительного аккумуляирования негативного воздействия материальных лишений и связанных с ними эмоциональных реакций. Состояние индивидуального здоровья обусловлено в значительной мере принадлежностью человека к определенной социально-структурной группе. Первичный анализ данных о характере связи неравенства в здоровье с экономическим статусом свидетельствует о том, что по отношению к различным показателям здоровья прослеживается как обратная связь (чем выше статус, тем меньше болезней), так и прямая. Позиция, которую занимает индивид в социальной иерархии, как бы она ни определялась – профессией, уровнем образования или размером дохода, является определяющим фактором и статуса здоровья, и распространенности деструктивных для здоровья типов поведения. Изучению проблем социальной обусловленности здоровья посвящено немало работ и отечественных авторов (Назарова И. Б., 2007; Русинова Н. Л., Браун Дж., 1997; Журавлева И. В., 1999, 2006; Русинова Н. Л., Панова Л. В. Сафронов В. В., 2007).

Их исследования показали, что у лиц, занятых трудом с низким социальным статусом и низкой оплатой, относительно чаще возникают симптомы стресса. Стресс может действовать как модификатор эффекта. Это означает, что при сравнимых уровнях воздействия вредных факторов те, кто испытывают стресс, с большей вероятностью подвергаются заболеваниям и несчастным случаям. Также следует принимать во внимание дополнительные эффекты поведенческих проявлений стресса, таких как курение, неумеренное потребление алкоголя или насилие.

Эмпирической иллюстрацией существования связи неравенства в здоровье, с неравенством в доходах, служат, например, данные о дифференциации среднего числа отклонений от здоровья в различных группах субъективного экономического статуса. Самое большое число

отклонений от здоровья в группах низкого экономического статуса, и оно уменьшается по мере роста статуса.

Аналогичная зависимость здоровья от объективного экономического статуса прослеживается и на распространенности отдельных болезней, в частности, болезней органов кровообращения. Самая высокая концентрация перенесших инфаркт миокарда наблюдается в группе жителей с самым низким статусом, и она уменьшается по мере повышения субъективного экономического статуса (Blaxter, 1990; Marmot, Stansfeld, Patel, North, Head, White, Brunner, Feeney, Marmot, Smith, 1991; Wilkinson 1992; Adler, Boyce, Chesney, Folkman and Syme, 1993; Marmot, 2004).

Роль экономических факторов в формировании неравенства в здоровье

Зависимость здоровья от объективного экономического статуса иллюстрирует и характер отклонений от здоровья.

Во-первых, он указывает на повышенную концентрацию лиц с низкими доходами в типах с очень высокой и высокой степенью потери здоровья: к типам неспособных к самообслуживанию и ограниченной физической активности относятся представители старших возрастных групп. Иначе говоря, обратная зависимость между объективным экономическим статусом и уровнем здоровья характерна в основном для групп населения пожилого и самого старшего возраста, что говорит в пользу гипотезы о том, что в формировании устойчивой негативной зависимости между здоровьем и экономическим положением большую роль играет фактор аккумуляции негативного воздействия материальных лишений и их последствий в течение длительного периода времени. Во-вторых, зависимость между хроническими заболеваниями и экономическим положением носит прямой характер. Дополнительный анализ этой зависимости с учетом возрастного состава лиц с различным уровнем доходов также говорит о том, что среди бедных доля лиц, имеющих диагностированные хронические заболевания, во всех возрастных группах больше, чем в тех же возрастных группах населения с максимальными доходами. Что касается острых, инфекционных заболеваний, то от них более других и практически одинаково не застрахованы бедные и богатые, и в меньшей степени им подвержены средние слои.

Распределение населения различного возраста с отклонениями здоровья в группах субъективного экономического статуса также приводит к заключению, что в молодые годы или в первой половине жизни доля лиц с установленными (диагностированными) отклонениями от здоровья возрастает по мере роста субъективного экономического статуса. Однако ближе к концу жизни заметнее становится тенденция: чем ниже субъективный экономический статус, тем выше концентрация в нем людей с отклонениями от здоровья.

Достаточно обеспеченные люди обладают большими материальными возможностями получить необходимые медицинские услуги и с большей заинтересованностью следить за своим здоровьем, поддерживать и беречь его. На это указывает, в частности, и распространенность посещений медицинских учреждений с профилактическими целями. Среди достаточно обеспеченных людей она выше по сравнению с малоимущими в целом и в разрезе отдельных возрастных и образовательных групп. (Русинова Н. Л., Панова Л. В. Сафронов В. В., 2007; Падиярова А. Б., 2009).

Таким образом, по отношению к различным показателям здоровья обнаружены как прямая, так и обратная зависимости от объективного и субъективного экономических статусов. С одной стороны, чем выше экономический статус, тем чаще жители обращаются в медицинские учреждения с профилактическими целями и тем выше доля лиц с выявленными хроническими заболеваниями. С другой стороны, чем выше экономический статус, тем в среднем меньше количество отклонений от здоровья, меньше доля лиц с серьезными сердечно-сосудистыми болезнями (инфаркт миокарда), меньше доля лиц со значительной и стойкой утратой здоровья. В целом индивидуальные показатели здоровья подтверждают выводы и предположения

о пролонгированном и текущем влиянии дохода на здоровье, сделанные на основе результатов изучения связи между социально-экономическим неравенством и территориальными различиями в здоровье населения. Прослеживается как кумулятивный эффект, «переход количества (денег) в качество (здоровья)» по прошествии определенного периода времени, так и стимулирующая роль высокого уровня дохода в отношении текущего контроля над здоровьем и оперативного реагирования на его сбой.

Связь между социальным статусом и различными аспектами психического расстройства давно вызывала интерес, как у врачей, так и у исследователей; многие исследования и их результаты продемонстрировали значимость социального статуса в понимании психического заболевания и инвалидности. В эпидемиологических исследованиях, проводившихся во всем мире, выявлена обратная связь между психическим заболеванием и социальным классом. Получены согласующиеся данные о том, что психические расстройства чаще наблюдаются среди представителей низшего социального класса (Meltzer et al, 1995). Вместе с тем, в последнее время обнаружены иные каналы существенного влияния неравенства на здоровье, в частности, установлено, что хронические стрессы, связанные с неудовлетворенностью занимаемым социально-экономическим положением, могут приводить к изменению нейроэндокринного и психологического функционирования организма и увеличивать риск заболеваний. Уже общепризнанно, что длительное состояние страха, неуверенности, низкая самооценка, социальная изоляция, невозможность принимать решения и контролировать ситуацию на работе и дома оказывают серьезное влияние на здоровье: вызывают депрессию, повышают предрасположенность к инфекционным заболеваниям, диабету, высокому уровню холестерина в крови, сердечно-сосудистым заболеваниям. Низкое социально-экономическое положение воздействует, следовательно, на здоровье непосредственно через депривацию и материальные лишения и через субъективное восприятие людьми своего «неравного» положения в обществе и связанные с этим оценки, отношения, переживания. При изучении влияния социально-экономического неравенства на здоровье населения в поле зрения должны находиться объективный социально-экономический статус и субъективный. Таким образом, на научно-теоретическом и на уровне здравого смысла наличие связи между материальным благополучием и здоровьем населения не вызывает сомнений (Падиарова, А. Б., 2009).

Во многих исследованиях сообщают о том, что низкий социально – экономический статус ассоциируется с высокой распространенностью расстройств настроения (Dohrenwend et al, 1992). Также высказывалось предположение, что принадлежность к определенному социальному классу влияет на характер психопатологической симптоматики при депрессии. Пациенты с симптомами соматизированного и тревожного расстройств чаще принадлежали к низшему социальному классу. В то же время когнитивные симптомы чаще наблюдались у пациентов, которые были представителями высшего класса. Степень тяжести депрессии, связанной с экономическими трудностями, среди взрослых может зависеть от возраста Mirowsky и Ross (2001) установили, что с возрастом она снижается. Экономические лишения и плохие супружеские отношения – существенные факторы риска возникновения и хронического течения депрессии (Patel et al, 2002). Как депрессия, так и бедность обычно имеют хронический характер и поэтому требуют внимания со стороны тех, кто оказывает помощь, и тех, кто принимает политические решения.

По сравнению с генеральной популяцией люди, которые предпринимают суицидальную попытку, чаще относятся к социальным категориям, в которых наблюдаются социальная дестабилизация и бедность.

Gunnell и коллеги (1995) изучали связь между самоубийством, парасуицидальным поведением и социально-экономическими лишениями. Была выявлена сильная связь между самоубийством и парасуицидальным поведением, при этом неблагоприятное социально-экономическое положение почти полностью объясняло эту связь. Более того, убийства и самоубийства

чаще совершаются в густонаселенных бедных районах (Kennedy et al, 1999). Crawford и Prince (1999) также подтверждают эти данные. Они отметили возрастание показателей самоубийств среди молодых безработных мужчин, живущих в условиях крайней социальной депривации. Верно и то, что частота случаев передозировки кокаина и опиатов ассоциируется с бедностью (Marzuk et al, 1997).

Среди мужчин и женщин алкогольная и наркотическая зависимость гораздо чаще наблюдается в группе безработных. Социальный класс – фактор риска смертности, вызванной употреблением алкоголя, которая также связана с социальными структурными факторами, такими как бедность, невыгодное положение и социальный класс. Показатели смертности, связанной с употреблением алкоголя, выше среди мужчин, занимающихся физическим трудом, чем среди служащих, но относительная величина показателя зависит от возраста. Среди мужчин, выполняющих неквалифицированную физическую работу, 25—39-летние умирают вследствие расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в 10–20 раз чаще, чем представители класса специалистов, 55 – 64-летние – лишь в 2,5–4 раза чаще, чем специалисты с аналогичными демографическими показателями (Harrison & Gardiner, 1999).

Связь между низким социально – экономическим статусом и расстройствами личности недостаточно изучена. Низкий семейный доход и недостаточное обеспечение жильем – прогностические факторы совершения преступления подростками и взрослыми (по официальным и анкетным данным). Однако связь между бедностью и преступностью сложная и непрерывная. Взаимосвязь между импульсивностью и районом проживания в отношении преступной деятельности указывает на то, что импульсивность выше у жителей более бедных районов, чем более благополучных (Lynam et al, 2000). В Кембриджском исследовании по изучению развития несовершеннолетних преступников показано, что непостоянная работа в возрасте 18 лет была важным независимым предиктором судимости у молодых мужчин в возрасте 21–25 лет (Farrington, 1995).

Возрастающее количество исследований по изучению связи между бедностью и здоровьем указывает на то, что низкий доход в сочетании с неблагоприятными демографическими факторами и недостаточной внешней поддержкой вызывает стресс и жизненные кризисы, которые являются факторами риска для детей и могут провоцировать развитие психических расстройств детского возраста. Дети из самых бедных семей страдают психическими расстройствами в три раза чаще, чем дети из более благополучных. Бедность и неблагоприятное социальное положение сильнее всего связаны с недостаточно развитыми навыками и умениями у детей и низкими достижениями в учебе (Duncan & Brooks-Gunn, 1997).

Kaplan G. A. et al, (2001), изучив социально-экономическое положение в детстве и когнитивное функционирование у взрослых, пришли к заключению, что более высокое социально – экономическое положение в детстве и более высокий уровень образования обуславливают адекватный уровень когнитивного функционирования в период зрелости, при этом матери и отцы независимо друг от друга способствуют развитию творческого когнитивного функционирования своих детей и когнитивных способностей в более позднем периоде жизни. Улучшение социально – экономического положения родителей и повышение уровня образования их детей, по-видимому, могут улучшать качество когнитивного функционирования и снижать риск развития деменции в более позднем периоде жизни.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.