

## МЕДИЦИНА И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

(Есе)

П.Цонов

”Здравето е единицата, която придава стойност на следващите я нули в живота”.

Стар френски афоризъм

„Здраве без пари – жива болест”.

Българската народна мъдрост

**Резюме:** Във формата на есе се обсъждат био-психо-социалните страни на здравето и болестта, въпроси на медицинската практика и здравеопазването. Социалната обусловеност на индивидуалното и обществено здраве налага добрата медицинска практика да се съобразява с културната рамка и поведението на пациентите. Обединяването на утвърдения социално-медицински подход с полето на медицинската антропология предполага използването на културни, икономически и политически въздействия за противопоставяне на съществуващите здравни неравенства и поведенческите рискове. Грижите на съвременната медицина и здравеопазване следва да търсят пътища за обединение на „личния избор и личните ресурси” със „социалната отговорност и ресурсите на обществото”.

## 1.

Хармонията на човешкото тяло се крие в единството на много биологични и социални въздействия. Здравето по определението на СЗО за „пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само като липса на болест и недъгавост” се разширява в стратегията „Здраве за всички” на СЗО със способността на човека да води „продуктивен в социално и икономическо отношение живот”. Психичното здраве изразява степента на адаптиране в общността при съществуващите биологични и социални условия, житейски събития, икономическа и социална криза, насилие и непосилни за психиката емоции. Здравето не може да се разглежда като основна цел на живота, а като ресурс, който ни помага да водим продуктивен живот, да развиваме и оползотворяваме заложените в нас биологически потенциал за постигане на благополучие и добро качество на живот. Здравето не е медицинска категория. Болестта трябва да разбираме като нарушаване на био-психо-социалното единство при здравия индивид. Болестта е медицинска категория. Тя е и културно конструирана. Използваната от пациента лексика и тази, използвана от лекаря, се срещат и допълват. Медицинските, социални и културни възгледи за здравето и болестта могат да бъдат обогатени с методите на медицинската антропология, изучаваща човешката общност чрез присъщите ѝ културни, икономически, човешки и материални аспекти. Лекарят следва да се стреми, да търси и да намира културната рамка на страдащия. Здравето е процес, който съдържа в себе си потенциал за подобрене. То не е статично състояние като крайна точка или продукт, има отклонения, промени и кризи и това прави невъзможно поставянето на граница между здраве и болест. Здравето подлежи на специфични измерения – *физически измерения*, свързани с биологическите функции на човешкото тяло; *психически измерения*, определящи адекватността на човека и обкръжаващата го среда и *социални измерения* – човекът в социална среда: семейство, група, организация и като гражданин - част от обществото. Измеренията на здравето са многостранни и ролята на медицината тук не е определяща.

Здравето и болестта представляват една *непрекъснатост от нива на здраве и болест*, преливащи се постепенно от: оптимално здраве, добро здраве, неразпознато заболяване, умерено изразено заболяване, тежка степен на заболяване и смърт.

## 2.

Семейното здраве е вид групово здраве и включва здравето на отделните членове на семейството със своите проблеми и взаимоотношения. Вниманието при него се определя предимно от стила на живот – режим на труд, хранене, други занимания, отдих и сън. Семейството създава психоклимат, необходим както за живота на семейните партньори, така и за раждането, отглеждането и възпитанието на здраво поколение. „Здравото” семейство реагира и се справя с различните житейски проблеми по „здравословен начин”. Всичко това винаги стои в пряка връзка с културната, социална и икономическа среда на обществото [22]. Проф. Хр. Христов в своя статия, обсъждайки психичното здраве и съвременното общество, твърди, че ролите на членовете на семейството вътре в него са модели за функциониране и на по-големите обществени групи. Той коментира въпросите за климат, сцепление, съпричастие, йерархия – всички те са понятия, чрез които определяме стойността на една структура, която става толкова по-ценна, колкото е по-функционална [21]. В семейството има социална женска и социална мъжка роля. Жените в дома залагат първия поведенчески модел за здравни навици. Мъжът и жената, когато се наемат да възпитават, да работят и да управляват, трябва да ценят своето, на децата си и чуждото здраве. Това означава родителите да си дават сметка за здравните последици от своите действия. Като цяло в по-дългия живот на жената има по-малко здраве, отколкото в този на мъжа. Решаваща роля тук играят социалните фактори. Навлизането на жените на трудовия пазар не ги освобождава от домакинските им задължения и грижите за деца и болни. Жените са склонни да се самоограничават в търсенето на лекарска помощ по много причини: емоционални, поради липса на информация, ниско

самочувствие и самоподценяване. Те приемат като нормално здравно състояние всички проблеми, стига те да не ги лишават от възможността да изпълняват ежедневните и трудовите си задължения [24]. Детето се нуждае на първо място от задоволяване на основните потребности от сигурност, любов и грижи, облекло и храна, игри и сън. Детето се възпитава вкъщи, на улицата, в детската градина и в училището. От тази среда се формира словесен речник, а също така и поведението му. Децата подражават – те правят това, което виждат да правят другите. Така можем да обясним зачестяването на проявите на жестокост и насилие у децата спрямо животни, спрямо свои другарчета и дори спрямо възрастни. Училищната възраст се свързва с повишени рискове за сигурността по пътищата, здравето на устата, хигиената и здравословния начин на живот. Формират се нагласи, навици, начин на живот и мислене, които могат да повлияят негативно неукрепналата личност в прехода към съзряване [14]. С растежа на детето се повишава ролята на безопасността, без прекомерни физически претоварвания, редовното и пълноценно хранене, предпазване от увреждания и насилие. На детето трябва да се обръща внимание за външен вид, хигиенни навици, да не бъде оставяно само, да се ограничава времето му пред компютъра, да има време за игра, безгрижие, мечти и свобода. Все по-често се превръщат в проблем недостатъчната физическа активност и наднорменото тегло при деца и юноши. Непредсказуеми са агресивните изблици за доказване, любопитство към нови изживявания и употребата на силни тонизиращи напитки, алкохол и психоактивни вещества. Бащата свързваме с ролята му на глава на семейство, на човек, носещ отговорност за стабилността и целостта на семейството. Болният баща е сериозна семейна грижа! Стратегиите за намаляване на „мъжката“ заболяемост се свързват със спиране или ограничаване на пушенето, ежедневна физическа активност, намаляване на стреса, редовни профилактични прегледи, наблюдение на съществуващите хронични заболявания.

### 3.

„На здравето на жените трябва да се отдава първостепенно внимание и спешност” декларира Европейското регионално бюро на СЗО като лансира инициативата „Инвестициите в здравето на жените” на Конференцията за здравето на жените в Средна и Източна Европа (1994, Виена). Инвестициите в здравето на жените са благотворни сами по себе си, децата са по-здрави, благосъстоянието на семейството и общините се повишава, разходите за здравеопазване спадат, а производителността се покачва. Те се изплащат много богато, водят до по-бърз растеж, подобрена ефективност, по-големи икономии и намаляват бедността. Предизвикателствата се отнасят до: намаляване на майчината смъртност; подобряване на сексуалното и репродуктивно здраве; въвеждане на благоприятни за жените стратегии за покриване на разходите; подкрепа за здравословен начин на живот; борба против насилието спрямо жени; подобрения за жените работещи, здравеопазването [21]. Експертите на СЗО смятат, че бъдещето на човешкото здраве през XXI век ще зависи в голяма степен от това какви инвестиции се правят днес в здравето на жените. Здравето на жените е сложно преплетено с техния статут в обществото. По-често са изложени на вредното въздействие на повишените социални изисквания. Може да се

очаква, че бедността, безработицата, престъпността и психосоциалният стрес ще рефлектират преди всичко върху тях. Други негативни фактори са все по-нарастващото насилие спрямо жените, рисковото сексуално поведение на младите жени, както и преждевременното навлизане в сексуални контакти на девоиците, проявяващи се на фона на ниското ниво на здравни знания сред тях [24].

### 4.

Възрастният човек в семейството е ценен член на семейството, когато е здрав. СЗО на Световния ден на здравето през 2012 г прави точно описание на застаряването: „В глобален план делът на възрастните хора нараства три пъти по-бързо в сравнение с цялостното нарастване на населението”. За пръв път в историята на обществото до пет години населението над 65 години ще надвиши броя на децата под 5-годишна възраст. Трябва да се промени радикално мисленето за хората над 65 години – да уважаваме старите хора като богат източник на мъдрост и опит, като богатство за обществото, а не като тежест. Застаряването на населението има значителни социални и икономически последици, които се очаква да се задълбочават. Годишните не са единствената причина за настъпването на старостта, а вътрешната нагласа за безпомощност, безполезност, загуба на интерес към живота – те са основата причина за преждевременно остаряване, когато няма сериозни болести.

В „Куриер на ЮНЕСКО от 1999 г. пише, че „бумът на дявоците” всъщност преди всичко е „бумът на бабите”, тъй като жените определено живеят средно повече от мъжете. В развитите държави, където през 2025 г. възрастните ще са един от всеки пети жител, традиционната политика на третата възраст се задъхва. Държавата отслабва, семейната солидарност се разкъсва, частната взаимопомощ остава настрана. Най-голямата опасност е издигането на вид апартейд между възрастните хора и активните хора, за които те всъщност ще се превърнат в икономическо бреме. Третата възраст не бива да бъде затваряна в едни неизбежно несигурни социални грижи. Тя трябва да е в състояние да предоставя своята свобода, солидарността, която по право заслужава. Благодарение на тази взаимност обществото ще може да запази и да намери отново единството си, въпреки общото застаряване. Думата *стар* е по-добре да се подменя с друга – *помъдрял*, да съществува стремеж за максимално използване на остатъчните ресурси на възрастният човек, да бъде полезен по-дълго със знанията и опита си. В старите си години Сократ се учи да свири на различни инструменти, Микеланджело рисува, а Гьоте е завършил „Фауст.”

### 5.

Стресорите проявяват своята изключително важна роля в социалната, лична и професионална сфери. *Социални стресори* са: брак, развод, смърт на близък човек, връщане на заем, безработен или тежко болен член в семейството. *Личностни стресори* могат да бъдат високото ниво на самоувереност, потребността от контрол, агресивният или депресивен модел на поведение, неустойчивите морални ценности. Проявата на агресивност, честолюбие и импулсивност най-често са субективни стресори, биологично заложили в човешкия характер. *Професионалните стресори* могат да бъдат свързани със сменна работа, при-

нудителна работна поза, високи нива на шум, неблагоприятни физически фактори. Натоварващи психиката са работата с нови технологии, информационната претовареност, високите отговорности, нереалната оценка и ниското възнаграждение. Хроничният стрес в работата може да се прояви под формата на *бърнаут синдром*, „изпепеляване“. Изразява се с емоционално изтощение и усещане за професионална несполука, проблеми с концентрацията, безсъние, враждебност, избухливост, отегчение и желанието да избяга от обществото, приятелите, семейството“. Състоянията на социална изолация и социално изключване от общността са сериозен стресор, който може да е наложен както от обективната икономическа ситуация, така и от личността и семейството. Полезният стрес - *еустрес*, е добрият стрес. Той насочва към действие, зарежда със сила, желание и придава тонус на организма. Стресът става опасен и може да премине в *дистрес*, който е червената лампа, която дава сигнал за внимание. Как да се противопоставя на стреса? Какво може да се случи? Мога ли сам да се справя? Каква е необходимата помощ?

Здравните рискове, свързани с поведението на хората, са част от нашия живот. Това е средата, която ние виждаме с нашето действие или бездействие. Здравни проблеми, свързани с рисково поведение са: употреба на стимуланти и наркотици, случайни полови контакти, смущения в половия живот и репродуктивните функции на мъжа и жената. Много социални, икономически и психологически обстоятелства съпровождат възпитанието и обучението на децата. Противоречия, конфликти и стрес присъстват в начина на живот и работната среда. При мъжете съществува по-висок риск от заболявания на личността и алкохолизъм. При жените по-честа е депресията и тревожността, като проблемите с алкохолизма вече все по-често засягат и тях. При младите хора психичното здраве е силно уязвимо от влияния в група, където има готовност и натиск за опитване на нови усещания. Много от тях не устояват и рушат непоправимо своето здраве чрез прием на алкохол и наркотици. Опасности за психиката крият промените в стила на хранене с рискови диетични режими за намаляване на теглото за придобиване на женско тяло тип кукла „Барби“. Анорексията и булимията са модерни болести на съвременното, които носят рискове и заплахи за живота през периода на юношеството. При анорексията представата за нормално хранене се нарушава, изкривява се възприятието за собственото тяло, получават се ендокринни и психически нарушения. Булимията се проявява с пристъпи на глад и преяждане, чрез нетърпимост към храната се проявява отношение към външния свят и дори опасна проява за нежелание към живот. Загубена е хармонията между Аз-а, което се възстановява трудно. С много воля и помощта на психотерапевт се търси промяна в модела на поведение, по здравословен начин, а не чрез гладуване, преяждане и повръщане. Нелекуваните и подценявани проблеми обикновено създават затворен кръг, който рефлектира върху социалните контакти.

## 6.

Качеството на живот здравият човек свързва с благополучие, удовлетвореност от живота и щастие. За утежнена семейна анамнеза се счита наличието на член от семейството със сериозни здравословни проблеми: злокачествено, психическо или хронично заболяване, наличие на изкуствен отвор на трахея, стомах, пикочни пътища, дебело черво; сърдечни импланти, зависимост от поддържащи жизнената дейност лекарства и устройства. Утежнена лична анамнеза има при удовлетворяване на потребности, свързани с извършване на бъбречна диализа, протези в помощ на определени органи – сърце, уши, очи; пресадени органи и тъкани, при които се налагат специфични здравни грижи. Критериите, определящи качеството на живота, са предимно субективни. Те са свързани с материални аспекти на ежедневието: икономическото равнище, достъпът до образование и здравеопазване, продължителността на живота, грижите за децата и осигуряването на безопасна за живот среда. Към нематериалните аспекти на жизненото равнище се отнасят здравето, социалните взаимоотношения и качеството на природната среда. Трудно измерими са условията на бит, пълноценното хранене, състоянието на здраве, позволяващо да се посрещат физиологичните и културни потребности по стандартите на общността. Винаги има различие между личната преценка за качеството на живот и преценката на другите хора, поради тяхната субективност. И двете оценки са непълни. Винаги за качеството на живот ще бъдат най-важни жизнените условия, социалната сигурност и задоволяването на основните ежедневни потребности. Човекът е изключително чувствителен към здравето си състояние. Везните, определящи качеството на живот, са биологични и социални. Самото наличие на физически дискомфорт или риск от заболяване нарушава психологическия баланс и влияе на взаимоотношенията в социалния кръг. Представите за високо качество на живот, поне в теоретичен аспект, означава припокриване на категориите „здраве“ и „щастие“, постигане на: физическо здраве и душевно равновесие, професионално и духовно развитие, разширени контакти и добър социален статут [25].

## 7.

Болестите и опитът на човека за справяне с тях са много стар проблем. В Персия е съществувал обичай да се поставя болният на пътя, където всеки приходящ е могъл да даде съвет. В културата на Елада заболяванията са се представяли като резултат от гнева на боговете, предизвикан от болния или неговото обкръжение. Древногръцкият лекар Хипократ създава учението за болестите като нарушение на състава на телесните течности и учението за темперамента и поставя основите на медицинската етика чрез лекарската клетва. Древноримският лекар Гален прави опит да систематизира натрупаното медицинско знание, групира видовете лечения и въвежда различни методи за приготвяне на лекарства. Легенди има около името на Авицена, персийски философ и лекар, написал „Канон на медицината“, станал основно ръководство на лекарите векове наред в Близкия изток и Европа. Много хилядолетия медицината натрупва опит и знания във все по-точно описание на болестите и способности за предпазване и лечение. В наше време има много информация за естеството на заболяванията и механизмите на действие: инфекциозните причинители, увреждане от токсични, физични, химични

или биологични вещества на външната среда; генетични дефекти, износване на органи и тъкани, натрупване на вредни вещества. Световната здравна организация периодично преразглежда Международния класификатор на болестите. Последната, Десета ревизия подрежда болестите в 21 класа, основани на диагноза, което позволява да се съпоставя информация на национално и международно ниво за болестите, техните усложнения и житейските събития. В нея има и недиагностични класификации за човешките функции, психологични и физиологични нарушения, които водят до намалена трудоспособност и несъответствие между реалните възможности и очакванията на самия човек. Болестната тежест е в следствие на няколко основни групи заболявания с висока здравна и социална значимост: туберкулоза, хепатит, захарен диабет, злокачествени заболявания, исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест, белодробни болести, стомашни болести, костно-мускулни болести, кожни болести, алергии. Сега най-чести са транспортните злополуки и уврежданията при падане, удар, експлозия, проникване на чуждо тяло, въздействие от хора, животни и растения. Ежедневие са трудовете и битови злополуки, получени от въздействие на: електрически ток, облъчване, случайно отравяне и самонараняване. Острите инфекциозни, бактериални, вирусни и паразитни болести носят потенциални опасности, които при сегашните мащабни комуникации между континентите могат да се проявят в рамките на часове и дни. Пътища на зараза могат да бъдат физически и сексуален контакт, въздушно-капков път, кръв и кръвни продукти, кожа или от бременната майка към плода.

#### 8.

Според Хейнстингския център (САЩ) целите на съвременната медицина са: профилактика на болести и нещастни случаи; облекчаване на болката и страданието, породени от болестта; грижа и лечение на хората със заболявания; избягване на преждевременната смърт и осигуряване на спокойна смърт. Социално чувствителната медицина не забравя човешката ограниченост. Всички ние трябва отговорно да подхождаме към решения, засягащи здравето, да използваме медицинските знания и умения за здравословно поведение. Пълноценното реализиране на тези отговорности предполага обучение, обществени дискусии между доброто на индивида и доброто на обществото, себепознание и приемане на социалните предизвикателства по начин, който уважава човешкото достойнство и избор [11]. С развитието на медицината ще се появяват потребности от нови технологии и дисциплини, които да се използват в клиничната практика и общественото здраве: неврогенетика, невронауки, молекулярна биология, нанотехнологии и други. Според Международната федерация по медицинско обучение поведенческите и социалните науки трябва много сериозно да бъдат застъпени. Актуални са: медицинска социология, обществено право, здравен мениджмънт, психосоматична медицина, медицинска антропология, биостатистика, спешна медицина. Това са дисциплини, които трябва да въвеждаме у нас в обучението по медицина, където прогнозите в нашето динамично време са по принцип само ориентировъчни [15]. Нова област е „геномика и обществено здраве“ която е насочена към предотвратяване на заболяванията на популационно ниво чрез въздействие върху факторите от окол-

ната среда, а не чрез интервенции на клетъчно и молекулярно ниво. Очертават се възможности за подобряване на профилактичните програми, които ще бъдат насочени към групи със специфична генетична предразположеност [9].

#### 9.

Хроничните болести засягат много хора по света и те не причиняват само соматичен дистрес, но и психична криза за болния. Хората разбират и приемат хроничната болест по различен начин – за едни тя е „тежък шок“, а за други „оправдание за оттегляне“ от житейските трудности. Хронично болният има здравен потенциал, който трябва да се изследва от лекуващия лекар, да се съхранява и повишава. Призивът „Да се науча да живея със и въпреки болестта“ е съществена задача за хронично болния. Важното е да се постигне начин на живот, съхраняващ личността и социалното самочувствие [3]. По данни на СЗО 13% от населението на света има една или друга степен на инвалидност. Неравностойното положение е свързано с множество причини за увредено здраве и социални проблеми. Неравностойното положение на хората с увреждания е обусловено от ограничените възможности за трудова и социална рехабилитация и интеграция. Инвалидността според образованието на лицата показва специфика: пониското образование е свързано с по-висока честота на инвалидизиране [4]. Според „медицинския модел на инвалидността“ проблемът може да бъде решен само от лекари в среда, изолираща хората с увреждания в специални училища, центрове, обществения клубове и други. Този модел определя социалните роли на човека в зависимост от неговото увреждане, а не от неговите възможности. При „социалния модел на инвалидността“ не се пренебрегват уврежданията и възможностите за тяхното коригиране, но се акцентира върху човешкия потенциал и правото на участие на индивида в социалния живот на обществото. Може да се говори за два крайни типа хора с увреждания: притежаващ идентичност „инвалид“ и борец се с идентичността „инвалид“. Идентичността „инвалид“ обикновено се среща при хора с вродени тежки увреждания, възприемана като нуждаеща се от грижи и съжаление. Поведението му се характеризира с пасивност и силна зависимост от външните фактори и често съвпада с елементите на комплекса за малоценност [1].

#### 10.

*Промоцията на здраве* насочва усилията към създаване на климат, стимулиращ придобиване на знания и нагласи, убеждения и практики за постигане на по-добри здравни резултати. Това се получава *чрез организирано участие, включващо всички нива на здравната политика* - от институциите на държавата и гражданското общество до отделната група, семейство и индивид. Промоцията на здраве обхваща препокриващите се сфери на *профилактика, протекция на здравето и здравно образование*, които в своята цялост помагат за укрепване на позитивното и намаляване на негативното здраве. Водещи стават мотивите за промяна – осъзнава ли се проблемът, има ли желание за промяна. После идва наред предпочитаният модел за промяна, включващ етапите на подготовка, извършване, поддържане и контрол на промяната.

*Профилактиката* се фокусира към: намаляване на риска, ранно откриване на болестния процес, избягване на

усложненията или профилактика на рецидивите при изязвената болест. Профилактиката на болестите се основава на медицински модел, насочен към рисковите групи с конкретна патология; използват се убеждаващи подходи и мерки сред индивиди и групи с помощта на здравни специалисти. Промоцията на здраве и профилактиката на болестите са в основата на Европейската политика за здраве през 21 век. Тази стратегия е израз на стремежа здравната помощ да се превърне в приоритетна област на държавната здравна политика. Акцентът се поставя към позитивното здраве, към отговорност за здравето чрез хората, към преминаване от традиционния медицински модел към сътрудничество с всички сфери на обществото за организирани усилия за непрекъснато подобряване на общественото здраве. Има достатъчно натрупан световен опит за успешна здравната политика, ориентирана към единството на промоцията за здраве и профилактиката на болестите. Около 70% от оказаната медицинска помощ е за състояния, подлежащи на профилактика. Късно се извършват много от интервенциите, от които няма голяма полза. За редица обикновени състояния се влагат необосновано много медикаменти. Експерти на СЗО (1994 г.) отбелязват, че „най-важното медицинско постижение на XIX век е откритието, че инфекциозните болести са свързани с условията на околната среда, поради което те могат да бъдат премахнати с промяната на условията”. Факт е, че така изчезнаха редица болести. По-късно експертите на СЗО казват, че „най-важната крачка в развитието на медицината през XX век е признанието, че развитието на тежките хронични неинфекциозни болести и разпространението им е свързано с условията на средата”. Насочеността на системата предимно към лечение е адекватна реакция към болните. Те се нуждаят от помощ и трябва да я получат, но е неадекватен подходът към проблемите на здравето. Този подход следва да се ревизира. Голяма част от детерминантите на здравето са извън здравния сектор, в рамките на съществуващите социални системи, където се крие решението. Очертани са два основни подхода: единият, ориентиран към профилактиката на болестите, а другият – към промоцията на здравето. Световната практика показва, че тези два подхода взаимно се допълват в рамките на политиката на обществото за по-добро здраве, но възможностите на „чистата” профилактика на болестите са ограничени без допълнителни социални действия [5, 12].

### 11.

*Протекцията на здравето* е ориентирана към заобикалящата човека среда и включва дейности, насочени към контрол на факторите на риска от физическата и работната среда, храните и всичко друго, което застрашава здравето. Протекцията на здраве се стреми да насочи здравословния избор към укрепване на здравето: имунизации, профилактични прегледи за ранно откриване на болести, повлияване на рисковото поведение със злоупотреба на алкохол, тютюнопушене, наркотици. Тук се отнасят профилактиката на болести, транспортни и битови травми, мерките за безопасност в среда с вредности, създаването на условия за здравословно хранене и двигателната активност. В противовес на рисковите фактори има протективни фактори, които намаляват вероятността, такъв е случаят с алкохол или наркотици. В семейството такива протективни фактори са подкрепата и грижите, поставянето на ясна граница за добро и лошо, загрижеността за децата,

изявена със съпричастие и връзка в трудни моменти. Като пример за превенция може да се посочи целта за промяна на жизнения стил при специфични нагласи към употребата на алкохол или други психоактивни вещества. Позитивната нагласа спрямо употребата им може по-лесно да доведе до увеличаване на тяхната консумация. Начините и честотата на употреба на психоактивните вещества са широки – от случайно, само за забавление, до злоупотреба и зависимост. Важни са познанията относно употребата на психоактивни вещества като с основание се предполага, че липсата на знания излага хората на по-висок риск, докато осведомеността им позволява да изберат здравословен стил на живот. Нагласите са променливи и се изграждат най-често от определени мнения, вярвания и норми на хората. Примерно обичаите предписват и приемливата употреба или неупотреба на алкохол в определени социални ситуации. Под влияние на културални или социални норми, например в Германия се пие редовно бира след работа, в Южна Европа е прието да се консумира вино по време на ядене, а у нас това е чашка ракия със салата преди вечеря. С предизвикателствата на ежедневието хората се отнасят различно чрез заучаване на поведение според образованието, информираността, критичното мислене, умението за справяне с емоциите, стреса и средата.

### 12.

Понастоящем България е в период, натрупал сериозни здравни проблеми и ограничени възможности за тяхното решаване. Протичат процеси на недовършени реформи и дискусии по нерешени организационни, управленски, социални и медицински проблеми. У нас все още се подценяват методите и подходите на общественото здравеопазване. Политиците все още не оценяват достатъчно ползата в подкрепа промоцията на здраве и профилактиката на болестите. Подценяват се необходимостта от намиране на подход и общ език за партньорства между общинска власт, политически партии, групи от населението и неправителствени организации. Всеки от тези участници има определени мотиви, интереси и отстоява своята идеология. Много от нерешените въпроси надхвърлят възможностите на здравната организация. В редица от нерешените проблеми се преплитат социални и здравни въпроси, които надхвърлят възможностите на здравеопазването. Например: Бедността и насоките за нейното ограничаване за някои групи пациенти; Подкрепа за борба с психо-социалните детерминанти на рисковото поведение сред ученици и юноши; Осигуряване на социална реклама за здраве и благополучие; Инвестиции в женското и майчино здраве; Инвестиции в здравето на детската и юношеска възраст; Образованието за ромските деца е решаващо за социалната им интеграция; Подобряване на общественото здраве сред ромите чрез промени на жилищна им среда; Социално-психологическа подкрепа на хората с трайни увреждания; Интегрирани здравни и социални грижи за болни възрастни хора;

Бедността се шири сред по-голямата част от населението на Земята. Бедността е социален и медицински проблем. „Лекарят е естествен защитник (адвокат) на бедните“ са думи на Рудолф Вирхов (1821-1902), немски лекар, патолог, общественик, реформатор в научната и практическата медицина, основател на Либерална Прогресиска партия през 1861 г. и опонент на „железния” канцлер Ото фон Бисмарк (1815-1898). Тъкмо бедните хора страдат, носят

най-тежкия товар на болестите и живеят в нездравословна околна среда. „Лошото здраве причинява бедност“ – това обяви СЗО през 1992 г. на Конференцията в Рио де Жанейро. Там е подчертано, че само развитието и напредъкът на обществото не са предпоставка за добро здраве. Здравето може да бъде мощно оръжие за намаляване на мизерията и за икономическо развитие. ООН посочва, че бедността е водещ проблем в „Целите за развитие на хилядолетието“ (2000). Пандемията на бедността основателно заема едно от първите места – от шест милиарда души на нашата крехка планета, три милиарди души живеят в нездравословна околна среда и носят тежкото бреме на болестите. Инвестициите в здравето на хората са предпоставка за устойчиво развитие, средство за генериране на икономически растеж, опазване на околната среда и намаляване на бедността [6, 16].

### 13.

Изучаването на социалните аспекти на здравето е важна задача на лекаря, но често се подценява. Социалната история на здравето на пациента може да помогне много, защото изяснява социално-медицинските потребности на пациента и прави възможно изготвянето на реален план за бъдещи действия по промоция на здраве, активна профилактика и своевременно лечение. Социалната история на здравето се оформя в процеса на снемане на анамнезата и обикновено включва: Личностни особености на пациента; Място и роля на личността в: семейно-битовата среда; професионална среда; обществена среда и комуникации преди и след заболяването; Взаимоотношения между личността и здравната служба; Очертаване на медицинско-социалните потребности; План за социално-медицинско въздействие.

Социалният медик търси въздействие върху здравето, а не върху социалния живот. Например различните схващания за причините на бездетството могат да имат различни последици за съдбата на семейството, за работата по семейното планиране, осиновяването, грижите за децата и други. Социалната медицина е с предназначение да изследва социалните фактори на здравето, но извън нейния обсег остават такива културни фактори като език, светоглед, културна среда и културни промени. Прилаганият медико-социален подход има ограничено приложение като „инструмент на социалната медицина“. Той може да помага за изучаване на социалната обусловеност на здравето и здравеопазването и изпълнява теоретична роля за здравния мениджмънт и здравната политика. Антропологът проучва цялото социокултурно поле и разработва стратегии за намеса в коя да е негова част, вкл. в здравеопазването. Затова медицинската антропология става все пожелана в хуманитарните университетски специалности, които се интересуват от социокултурните последици на здравето и от работата на здравните институции и социалните организации. Едно теренно медико-антропологично изследване на доц. Васил Гарнизов от Нов български университет, посветено на здравната култура и здравните услуги насочва вниманието към чуваемите тези (на потребителите – „болни сме защото сме бедни“; на професионалистите – „болни сме, защото сме зле организирани“; на антрополозите-изследователи – „болни сме и защото сме зле информирани“ и към връзките между всекидневната култура (некомпетентност на потребителите), регионалните неравенства, неформалните мрежи за достъп до

здравните услуги, информационната и социалната политика, пазарната ситуация в здравеопазването и достъпа до здравни услуги. Антропологичната гледна точка позволява да се погледне по-широко и по-различно върху здравно-демографските процеси, съществуващите потребности и дейностите по подобряване на общественото здраве. Изследванията в областта на медицинската антропология относно здравето на човека в техния социален и културен контекст са важни. Такива изследвания за взаимодействието между социалното, екологията и болестите и влиянието им върху общественото здраве биха били сериозна подкрепа при реализирането на здравните програми и свързаните с тях интервенции по подобряване на общественото здраве и увеличаване на здравния потенциал на народа ни [7, 8].

### 14.

Според Сюзан Зонтаг, американска писателка, болестта е нощта на живота и всеки има гражданство в царството на здравето и царството на болните. Всеки рано или късно е принуден да се легитимира като поданик на едното или другото царство. За да проумее ужаса на болестта, обществото разработва метафори на болестта, т.е. език, който смекчава и изкривява истината за тях. Метафорите за болестта по различен начин са оказвали влияние върху културата на човечеството. Според вярванията на древния свят болестта най-често се възприема като инструмент на божия гняв. В „Илиада“ и „Одисея“ болестта е свръхестествено наказание, демоничен плен и резултат от естествени причини. Епидемиите са обичайна проява на обществен безпорядък и пример за това е чумата. Търси се „изкупителна жертва“, за да оправдае това бедствие през 1347 - 1348 г. когато стават масови убийства на евреи. Думата „чума“ идва от pestilent т.е. смъртоносен, гибелен, в преносен смисъл според Оксфордския английски речник се приема като „вреден, оскърбителен за нравите и обществения ред“. Болестта се натварва с морализаторски смисъл. Прехвърля се върху други неща, превръща се в един вид прилагателно, болестоподобно, отвратително. През Средновековието болният от проказа е свидетелство за социална и морална нечистота, емблема за упадък. На френски език „прокажен“ се употребява за олющена сграда. Представата за злото се прехвърля върху болестта, а болестата, така смислово натоварена, се проектира върху света. Фаталната болест е била тест за моралните качества. Съществува убеждение, че болестта е наказание или форма на самоприсъда, на себепредателство, т.е. духът на човека предава тялото му. „Главата и дробовете ми са се споразумели без мое знание“ - казва Кафка по повод туберкулозата си.

Митът за туберкулозата, и днешният мит за рака носят предположението, че човек е отговорен за своята болест. През 19 век се смята, че заболелите от рак дължат болестта си на свръхактивен и свръхинтензивен живот. Понови клишетата са, че ракът се причинява от „околната среда“ или „неовладени емоции“. Ракът олицетворява бунта на увредената екосфера; природата си отмъщава на злосторния технократски свят. Господстващите метафори в описанието на рака са от военния език – раковите клетки „рушат“, „атакуват“, изродените клетки „предприемат щурм“ срещу организма, химиотерапията е „химическа война“, туморната „инвазия нахлува, прониква“. Говори се за „борба“, за „кръстоносен поход“ срещу рака, ра-

кът е „убиец“, раково болните са „жертва на рака“. Обвинението за виновност се прехвърля върху „болестта“ или върху „болния“. Всъщност при модерните болести е трудно да се отдели „изкупителната жертва“ от самия болел. За разлика от старите метафори, които сочат отклонение в обществото, разпръснато в крайна сметка по различни индивиди – съвременните метафори предполагат дълбоко неравноправие между индивида и обществото, при което обществото се възприема като противник на индивида. Метафорите на болестите се използват за осъждане на обществото не като неуравновесено, а като потискащо. Срещу рака-враг се води обществена война с все по-модерни средства – химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия. Химиотерапията все повече измества лъчетерапията. Имунотерапията напредва и се разчита все повече на засилването на имунната роля на организма срещу рака т.е. „военните метафори“ да отстъпят пред „естествените защитни сили“. Метафорите като изразно средство, наложени към рака, са вид недостатък към общата ни култура. Те показват повърхностно отношение към живота и смъртта, за страха ни от чувствата, нехайното отношение към истинските ни „проблеми на растежа“, за неспособността ни да изградим модерното общество, което правилно да регулира консумативността, а и за оправдания страх от все по-бурния ход на историята [10].

### 15.

За България сега е необходимо разширено участие на всички сфери на обществения живот за засилване основите на промоцията на здраве. Това е в пряка зависимост от повишаването на здравната култура, укрепването на общественото здраве, засилването на социалния капитал, а от там следва и въздигането на икономическия капитал на нацията. Социалният капитал е ресурс, различен от природния, физическия и човешкия капитал. Социалният капитал се съдържа в структурата на отношенията между действащите лица. Той е изключително нематериален и се проявява като ресурс на различни нива: на ниво действащото лице, на организациите като цяло и като макроикономически ресурс на цели общества. Установени са причинно-следствени връзки на социални капитал с: икономиката, здравето, благополучието; образованието, правителството и ефективната държава. Генерирането на социален капитал в по-високи нива води към повече доверие, удовлетворение от работата, благополучие и по-малко увреждащо здраве поведение [2]. Проблемът за социалните неравенства може да бъде разглеждан в икономически аспект – вид труд, условия на труд, разпределение на доходи и потребление, социално осигуряване и здравеопазване. Функциите на държавната социална политика опират винаги до социалното положение, социалната справедливост, до социалната сигурност и социалните отношения, за които обществените органи (целенасочено или не) упражняват своето въздействие. Социалната политика на по-ниско ниво (примерно в една фирма) не се прави за работниците – за „тях“, а „заедно с тях“ като определен курс на дългосрочно изграждане на взаимоотношения между фирмата и работещите в нея [19]. Това предполага да се използват и съвременните технологии и методи, вкл. антропологичните, които вземат предвид народопсихологията, културното наследство и културната среда, политическата воля и административната подкрепа на националните и общински структури. Антропологичната гледна точка позволява да

се погледне по-широко и по-различно към здравно-демографските процеси, съществуващите потребности и дейностите по подобряване на общественото здраве у нас. Изследванията в областта на медицинската антропология относно здравето на човека и видовете медицински системи (в техния социален и културен контекст) са особено важни. Медицинската антропология има бъдещо поле на действие като обединяваща дисциплините по границата между биологичните, социалните и хуманитарните науки за единното разбиране и просветляване на холистичната картина на човешката здравна ситуация.

### 16.

Медицината се занимава със здравия и болния човек, т.е. с неговото поведение и в широк смисъл с обществените взаимоотношения. Културата и медицината не могат да бъдат разделяни. В понятието „култура“ влиза всичко от творческата човешка дейност – наука, изкуство, техника, обществени отношения. Абраам Мол, известен френски културолог, отбелязва: „От прагматична гледна точка културата може да се разглежда преди всичко като интелектуална „екипировка“, с която разполага всеки отделен човек в един или друг момент, а също така и като структура на знанията, които той обладава като член на някоя социална група“. Културата е преди всичко отражение на творческата дейност на човека. Лекарят Алберт Швайцер е дал за културата следното определение: „Културата – това е резултатът от всички постижения на отделните хора и цялото човечество във всички области и аспекти до такава степен, до която тези постижения допринасят за духовното усъвършенстване на личността и за общия прогрес“ [13]. Обединяването на медицински, социални и културни възгледи за здравето и болестта е подход, надстройващ утвърдения вече социално-медицински подход с широкото поле на медицинската антропология. Медицинската симптоматика присъства заедно с палитрата от преживявания и усещания. Болестта е културно конструирана и това е необходимо да бъде изследвано от лекаря. На практика използваната от пациента битова лексика и използвана от лекаря медицинската лексика се срещат, разпознават и взаимно допълват.

Според Майкъл Балинт, създал термина „лекарството лекар“, общуването „лекар – пациент“ е своеобразен танц – пациентът подава стъпка, лекарят я поема и се напасва към нея. Лекарят е с предимство пред пациента, защото е обучен да разчита стъпките на танца. Богатият опит на лекаря се среща със сензорното богатство от мисли и чувства на болния. Изправени един срещу друг, протичат процеси на приемане или отхвърляне. Един е резултатът от посещението в кабинета на лекаря под знака на уважение, загриженост и топли обноски и друг – получен при формализъм, отчуждение и небрежно отношение към оплакванията на пациента. От страна на пациента често пъти очакванията надхвърлят многократно възможностите на медицината. От страна на лекаря е опасна тенденцията да се пренасят проблемите от хуманитарната към икономическата сфера, примерно – даването на социално слаби пациенти завишени права при медицинската експертиза за временна и трайна нетрудоспособност. Социално-медицинският подход може и трябва да бъде допълнен с антропологичния подход, който включва различни аспекти: културни, икономически, политически неравенства и рискове [21].

## 17.

Психологическата и социална подкрепа е необходима в ежедневните битови и здравни проблеми, които винаги са свързани с динамично променящи се потребности. Възникват въпроси, препокриващи сферите на личността, обществото и професията - къде и как да живеят, работят или учат, от какъв вид услуги и помощ се нуждаят и къде и как могат да ги получат. Това са основни въпроси, свързани със самочувствието, телесното здраве, съхраняване чувството за самоконтрол и достойнство, воля и възможности за справяне в семейния и професионален кръг. Добрата стратегия за подкрепа предполага информираност за осъзнаване на проблема. Следва процес на приспособяване и отговорно участие към ограниченията, солидарност към подкрепата и участие в решаването на проблема. Най-често това става чрез обучение, придобиване на умения и промяна в социалния статус. Поддържането на добри взаимоотношения зависи от придобитото възпитание и образование. Присъщите социални роли са свързани с различни очаквания, но основните са за справяне със задълженията и поддържането на социалния статут, при което остава значима ролята на общността и близките хора.

Доказана е безспорно социалната обусловеност на индивидуалното и обществено здраве. Силно е влиянието на социалната среда и социалните фактори върху здравето. И обратно – положителното въздействие на здравето върху стабилизирането и развитието на обществото, възпроизводството на човешки ресурси и предпоставка за продуктивен и качествен живот на гражданите. Поради своята социална обусловеност, роля и функции здравето се откроява като първостепенен обект и на социалната политика. Поради своите сходни цели за подобряване качеството на живот социалните и здравни дейности следва да бъдат в интегрално единство както по отношение на проблемите – превантивни или лечебни, така и за методите и средствата за социално подпомагане и социална защита. Социалното подпомагане и социалните услуги са насочени за подобряване качеството на живот на нуждаещите се в домашна среда или извън домашна среда. За помощ в дома са бюрата за социални услуги, дневните домове и домашния патронаж, а в институционална среда са деца и възрастни с физически и умствени увреждания. Проблемите за решаване са главно в две направления. Едното за премахване или намаляване на съществуващите рискови фактори. Другото за лечение на настъпили вече увреждания – хронично болни, инвалиди, онкологично болни, лица с психични заболявания, вкл. със зависимости от психоактивни вещества. Социалните функции на здравето и социалната защита на здравето стоят в същността на социалната и здравна политика. Наличните ресурси са винаги строго лимитирани. Те не са в състояние да покрият всички публични разходи и здравни потребности на населението. Ето защо основен приоритет в здравната политика остава ефективността на здравната система и повишаването на нейната продуктивност, т.е. постигане на възможните най-добри резултати за здравето на населението с наличните ресурси. Влиянието на здравната система се изразява чрез задоволяване потребностите, очакванията и желанията на гражданите от здравни услуги, които дават значим социален и икономически ефект. Добре развитата здравна система е скъпа система, но тя не бива да се приема като икономическо бреме за обществото, а като мощен фактор за развитие на националната икономика [17, 18, 19].

## 18.

Процесите на глобализация налагат интензивен обмен на култури в икономическите и духовни сфери, развитие на формите и средствата за защита правата на човека и повече внимание към грижата за подобряване на личното и обществено здраве. Предизвикателства са обективно обусловени от несъответствията между „здравни потребности“ и „здравни ресурси“. Недостатъчни са мерките и инвестициите за действие по намаляване на рисковете от: замърсяване на околната среда, несигурност и страх от насилие, беззащитност и бедност на стареяващото българско население, неадекватните мерки против престъпността. Предизвикателства на нашата държавна и здравна политика в основата си са свързани с обединяване усилията на националния потенциал. Необходима е политическа воля за мотивиране и насочване на всички обществени сфери за адекватни нагласи и действие по подобряване на личното и обществено здраве. Грижите за здравето обединяват „личния избор и личните ресурси“ със „социалната отговорност и ресурсите на обществото“. Оползотворяването на наличния здравен потенциал означава способността на човек да се грижи за собственото си здраве и здравето на околните. Немалко конфликти в развитието на здравното дело и реформата му се дължат на господстващата клинична логика в медицината и здравеопазването. Тя е безусловно необходима, но не е достатъчна. Липсва цялостната социална логика на здравето, на болестния процес, на видовете медицинска помощ, на промоцията на здраве и превенцията на болестите. Липсва социалната логика при обучението на специалисти с висше и парамедицинско образование, социалната логика на съсловната дейност и съсловното развитие. Затова една от основните и необходими цели на здравната политика е да разработва и утвърждава социалната логика на медицината, която да партнира на нейната клинична логика [17].

## Библиография

1. Апостолова Д., *Социалнопсихологически проблеми на хората с увреждания*, СМ, 2009, №1-2, 26-29 с.
2. Бадура Б. *Социален капитал, икономически резултати и здраве*, СМ, 2005, №1-2, 61-63 с.
3. Балашкова М., *Живот със и въпреки хроничната болест – подходи за приспособяване*, СМ, 2005, №4, 5-7 с.
4. Богданов З., *Здравни проблем на хората в неравностойно положение*, СМ, 2004, №2, 25 с.
5. Василевски Н. *Интегриране дейността на здравния сектор с детерминансите на здраве*, СМ, 2001, № 3, 7-11 с.
6. Гаргов К., *Закани срещу пандемията на бедността*, СМ, 1995, №2, 4-5 с.
7. Гарнизов В. *Теренно антропологично изследване, Здравна култура и здравни услуги том VI – Антропологични изследвания*, Нов български университет, 2006, 189-216 с.
8. Георгиев М., *Увод в медицинската антропология*, СМ, 2005, №3, 29-34 с.
9. Докова К., С. Попова, *Геномика и обществено здраве – нова интердисциплинарна област*, СМ, 2007, №3, 16 с.
10. Зонгаг Сюзън, *Болестта като метафора*. СПИН и неговите метафори. Изд. Златорогов, София, 1999, 159 с.
11. Калахан Д., *Цели на медицината: Новите приоритети*, СМ, 2000, №3, 43-45 с.
12. Керековска А., К. Докова, Н. Ушева, *Промоция на здраве в България – политическо развитие и съвременни предизвикателства*, 2005, №3, 15 с.
13. Корестельов Н., *Култура и медицина*, СМ, 1999, №4, 44-45 с.



14. Михов Хр. Медико-социални проблеми на детството в периода на прехода, СМ, 1997, № 1, 19 с.
15. Овчаров В., *Интервю – разговор с Ректора на МУ-София*, СМ, 2001, №1, 20-22 с.
16. Попов. М., *Предизвикателствата пред социалната медицина през XXI век*, СМ, 1998, №4, 9-15 с.
17. Попов М., Социалните науки разширяват семантичното поле на социалната медицина, СМ, 2000, №2, 46-47 с.
18. Попов М., *Социално-медицински проблеми в навечерието на XXI век. Размишления по време и след конгреса*, VI конгрес по соц. медицина, София, СМ, 1998 12-14 с.
19. Попов М., Въведение в социалната политика, Свищов, 2008, 231 с.
20. Христова В. Психологични умения в общата практика- умения за общуване и подходът на Балинт, СМ, 2003, № 4, 12-14 с.
21. Христов Хр., Психично здраве и общество СМ, 2001, №1, 2-4 с.,
22. Сугарева М., Сексуален живот и психично здраве, СМ, 1998, №2, 14-16 с.
23. Теолова Е., *Женското здраве – стратегическа цел при преодоляване на неравенството между половете*, СМ, 2002, № 4, 5-8 с.
24. Тулевски Б., Н. Василевски, *Промоция на здраве и първична профилактика на болестите при жените*, III симп. за здравето на жените „Семейно здраве и сексуално поведение”, СМ, №2, 1998
25. Фесчиева Н., Д. Ванкова, *Качество на живот свързано със здравето*, СМ, 2012, № 2-3, 2 с.



**Автор:** Доц. д-р Петър Цонов, - гл. редактор на сп. "Социална медицина", e-mail: ptzonov@gmail.com

#### НАУКА ЗА ОБЩЕСТВОТО - 4

„Интелектуалната свобода означава възстановяване на интелектуалното мислене, потиснато в момента от индоктринирането чрез масмедииите.

„Изкуството е изгубило способността си да поражда бунтове, защото вече е част от средствата за масово осведомяване“.

„Дори великите творби на отчуждението са станали търговски инструмент за продаване, за утеха или възторг; културата се е превърнала в индустрия“.

**Херберт Маркузе (1898-1979)**

„Големите социални свободи в днешно време повече от всякога осигуряват на хората право на собствен живот. Те обаче продължават да копнеят за стабилни и емоционално удовлетворяващи връзки. Семейните връзки днес стават все по-крехки; раздялата, разводът и повторният брак са все по-често явление... ..но социалните промени отслабват социополовите стереотипи, което води до конфликт на интереси между любовта и свободолубието. Следователно когато любовта накрая победи, тя е застрашена от всякакъв вид поражения“.

„Хората се женят от ...любов и се развеждат също от любов“.

**Улрих Бек и Елизабет Бек-Гернсхайм (1946)**