

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Социальные факторы,
влияющие на состояние здоровья
населения**

Конспект лекций

Чебоксары 2005

Проект СIDA/ВОЗ «Политика и управление в здравоохранении
Российской Федерации» (региональный компонент)

Школа профессионального обучения
вопросам охраны и укрепления здоровья

Под общей редакцией д-ра мед. наук, профессора Н.В. Суслоновой.

Авторы-составители: С.И. Ананьева, В.Э. Бариева, Т.Г. Богданова,
Т.Ю. Винокур, С.И. Долгова, Е.А. Емельянова, Н.Х. Зинетулина,
И.Ю. Лисенкова, Д.С. Марков, Т.Н. Маркова, Д.А. Матвеев, Е.Г. Цыпленкова,
М.А. Чепурной

УДК 614.2

Социальные факторы, влияющие на состояние здоровья населения –
Чебоксары, 2005. - 80 с.

Представлены основные социальные детерминанты здоровья
(употребление вызывающих зависимость средств, транспорт, питание, социальная
поддержка, социальная изоляция) и действия по предупреждению отрицательного
их влияния на здоровье.

УДК 614.2
© ГУЗ «Медицинский информационно-
аналитический центр» МЗ ЧР, 2005.

Оглавление

Лекция 1. Употребление вызывающих зависимость средств: алкоголь	4
Лекция 2. Употребление вызывающих зависимость средств: наркомании.....	23
Лекция 3. Транспорт: предупреждение дорожно-транспортного травматизма	31
Лекция 4. Питание: здоровое питание – важный фактор улучшения здоровья и качества жизни.....	46
Лекция 5. Социальная поддержка: концепция «Здоровое старение», реализуемая на уровне сообществ в рамках движения ВОЗ «Здоровые города»	60
Лекция 6. Психическое здоровье	72

Лекция 1. Употребление вызывающих зависимость средств: алкоголь

План лекции

1. Актуальность проблемы: бремя болезней от употребления алкоголя, специфические компоненты заболеваемости, связанной с употреблением алкоголя, финансовое бремя употребления алкоголя.
2. Анализ текущей ситуации.
3. Программы ВОЗ по борьбе с употреблением веществ, вызывающих зависимость.
4. Действия по проблемам алкоголя на местном уровне: группа действий по алкоголю, базовая информация, некоторые показатели наносимого потреблением алкоголя ущерба, аспекты деятельности по вопросам алкоголя в обществе.
5. Заключение.

1. Актуальность проблемы

Алкоголь - психоактивное средство, применение которого может привести к вредному для здоровья уровню потребления и зависимости, связанной с повышенным риском заболеваемости и смертности. Еще в 1970-х годах Всемирная организация здравоохранения (далее - ВОЗ) приняла специальную резолюцию, согласно которой алкоголь приравнивался к наркотикам, подрывающим здоровье населения. Алкоголь может оказать неблагоприятное воздействие на целый ряд аспектов жизни пьющих, нанося ущерб их здоровью, счастью, домашней жизни, дружеским отношениям, работе, учебе, возможностям трудоустройства и финансовому положению. Потребление алкоголя и прием больших доз алкоголя повышают риск несчастных случаев (включая дорожно-транспортные происшествия), а также случаев преднамеренного насилия, как по отношению к самому себе, так и к другим людям, самоубийства, насилия против личности и скатывания на путь преступлений. Оно также повышает опасность стать жертвой преступлений, таких, как ограбление и изнасилование.

Бремя болезней от употребления алкоголя

Предварительная оценка факторов, ответственных за мировое бремя болезней, показала, что на долю алкоголя приходится 1,5% всех смертей в мире, следом идут наркотики (0,2%). Если оценивать последствия употребления

алкоголя в процентах от общего числа потерянных лет жизни, то на алкоголь приходится 6% от этого числа (для сравнения: на табак – 2,1, наркотики – 0,3%).

Статистическое обследование в США показало, что средний уровень смертности у систематически пьющих почти в два раза выше, чем у непьющих; злоупотребление алкоголем сокращает среднюю продолжительность жизни примерно на 20 лет.

По данным (ВОЗ), алкоголизм как причина смертности стоит на 3 месте после сердечно-сосудистых и раковых заболеваний. Если учесть влияние алкоголизма на первые две группы заболеваний, отмечают некоторые авторы, он передвинется на 2 место. Алкоголизм является третьей по значимости "предотвращаемой" причиной смертности в развитых странах, уступая курению и недостаточной физической активности. Алкоголь является причиной каждой четвертой смерти среди молодых мужчин (15–29 лет), а в некоторых странах Восточной Европы - каждой третьей. Преждевременная смерть поражает мужчин в 5 раз чаще, чем женщин, причину этого тоже следует искать в водке.

Если взять за показатель число лет нетрудоспособности вследствие болезней, то алкоголь и табак наносят больше вреда здоровью, чем плохие санитарные условия или гипертония.

Серьезное положение в связи с чрезмерным потреблением алкоголя сложилось в Российской Федерации, где в начале 90-х годов в целом возросла смертность от болезней, связанных с алкоголем. Основным фактором явилось увеличение числа смертей от отравления алкоголем. По оценке, от этой причины ежегодно умирают около 35 тыс. россиян. Есть также веские основания утверждать, что в 90-е годы алкоголь был одним из главных факторов сокращения средней продолжительности жизни в России.

Специфические компоненты заболеваемости, связанной с употреблением алкоголя

Алкоголь не только наносит вред физическому и психическому здоровью. Существует фактор избыточной смертности, не учитываемый официальной статистикой и связанный с алкогольбусловленными заболеваниями внутренних органов. Большинство медиков сходятся во мнении, что практически ни один орган тела не защищен от его воздействия. Алкоголь поражает легкие, сердечно-сосудистую систему, печень, поджелудочную железу, желудочно-кишечный тракт, почки и т. д. По данным ВОЗ, 30 % алкоголиков страдают от гастрита, 20 - от язвы желудка, 60 - от панкреатита. Цирроз печени - типичное проявление алкоголизма. Туберкулез легких развивается у злоупотребляющих алкоголем в 10 раз чаще, чем у непьющих, сердечно-сосудистые заболевания - в 20 раз.

В рамках Европейского региона на причины, связанные с употреблением спиртных напитков, приходится 9% всех случаев заболеваемости. Алкоголизм - основная причина потери трудоспособности у мужчин в развитых странах и четвертая по значимости – в развивающихся.

По оценкам экспертов, в России смертность от таких заболеваний составляет не менее 200 тыс. случаев в год. Было выявлено, что употребление алкоголя снижает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) и ишемического инсульта. Этот полезный эффект относится прежде всего к мужчинам среднего возраста. Уменьшение риска развития ИБС было отмечено на

уровне потребления одной дозы спиртного через день, и в случае потребления спиртного свыше 1-2 доз в день наблюдается лишь очень незначительное дополнительное снижение этого вида риска.

С алкоголизацией связано 50% дорожно-транспортных происшествий, 50% убийств, 25% самоубийств, до 50% семей распадается на почве злоупотребления алкоголем одним из супругов. В Европейском регионе от 40 до 60% всех случаев смерти от преднамеренных и непреднамеренных повреждений связаны с употреблением алкоголя. В России насильственная смертность вследствие алкогольных отравлений, «пьяных» убийств и самоубийств, травматизма ежегодно уносит более 300 тыс. жизней наших сограждан. Так, по данным специалистов, около 60 % убитых и 80 % убийц во время преступления находились в нетрезвом состоянии.

Вред, который наносит алкоголь, не ограничивается только самими пьющими, а распространяется на их семьи, общины и общество в целом. К социальным последствиям неумеренного потребления алкоголя относятся снижение производительности и трудоспособности, осложнения в семейной жизни, материальные затруднения, супружеские конфликты и проблемы с властями. По стандартам ВОЗ, большой алкоголизмом снижает качество жизни от 10 до 50 окружающих людей.

Финансовое бремя употребления алкоголя

Ущерб, наносимый алкоголем, представляет собой значительное экономическое бремя для отдельных лиц, семей и общества из-за связанных с его употреблением медицинских расходов, снижения производительности труда в результате повышающихся показателей заболеваемости, расходов в связи с пожарами и повреждением собственности, а также неполученных доходов в связи с преждевременным уходом из жизни. Согласно оценкам, связанные с алкоголем расходы для общества составляют 2-5% валового национального продукта (ВНП).

Расходы на медицинскую помощь составляют приблизительно 12% всех экономических затрат, связанных с алкоголем. В России более четверти средств, выделяемых из бюджета на здравоохранение, расходуется на вынужденное преодоление последствий хронической алкогольной интоксикации.

Общие экономические потери от употребления веществ, вызывающих зависимость, легко можно было бы сократить, если бы все, кто страдает наркологическими заболеваниями, получали необходимое лечение. По оценке, проведенной Бюро прикладных исследований при Управлении наркологических и психиатрических служб США, лечение получают лишь 37% из более чем 5,3 млн тех, кто в нем нуждается. Оказание эффективной лечебной помощи всем нуждающимся позволило бы Соединенным Штатам в ближайшие 15 лет сэкономить более 150 млрд долларов, затратив всего 21 млрд.

2. Анализ текущей ситуации

Алкогольные напитки потребляются в большинстве стран. Отношение к употреблению алкогольных напитков различается в зависимости от культурного уклада, варьируя от традиционных форм употребления спиртного в особых, праздничных или связанных с ритуалом случаях до таких форм употребления

спиртных напитков, в которых они играют роль одного из обычных компонентов рациона питания.

В 1980-х годах, когда стало ясно, что злоупотребление алкоголем – важнейшая проблема здравоохранения, начали проводить крупномасштабные эпидемиологические исследования, показавшие, что в разных странах потребление алкоголя, частота пьянства и алкоголизма сильно варьируют. Эксперты ВОЗ считают, что если потребление чистого алкоголя на душу населения зашкаливает за 8 л, это уже опасно для нации, для ее генофонда. Каждый добавочный литр сверх определенного ВОЗ предела уносит 11 месяцев жизни мужчин и четыре месяца жизни женщин.

Как показывает мировая статистика, на протяжении длительного времени потребление алкогольных напитков имеет устойчивую тенденцию к увеличению.

Максимальное потребление приходится на регионы, в которых отмечается наибольший уровень экономического развития: годовые показатели составляют примерно 5-10 л чистого алкоголя на каждого взрослого.

В 80-х годах наиболее высокий уровень потребления алкоголя отмечался во Франции, следом шли США, Швейцария и Швеция. С течением времени ситуация с употреблением алкоголя изменилась: в последние годы наблюдается стойкое снижение потребления алкоголя в США и Польше, тогда как в Японии и странах бывшего СССР потребление алкоголя и распространенность пьянства и алкоголизма возрастают.

Россия занимает одно из первых мест по употреблению алкоголя. Потребление в год чистого алкоголя на душу населения в России превысило 15 л. В Чувашской Республике в 2004 году потребление алкоголя на душу населения, включая стариков и младенцев, составило 14,93 л. Наибольший уровень реализации алкогольной продукции регистрируется в городах Чебоксары (25,14 л), Канаш (16,57 л), Аликовском (16,92 л), Моргаушском (16,05 л) районах. В то же время в городе Алатыре реализовано лишь 1,48 л алкоголя на человека.

Показатели заболеваемости алкоголизмом зависят от многих факторов – качества выявления и регистрации больных, доступности наркологической службы, терпимости общества к данной категории больных, характера законодательства в отношении алкоголизма и наркомании.

Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что в экономически развитых странах алкоголизмом поражено от 1 до 10% взрослого населения. В России с 1992 года заболеваемость алкоголизмом выросла на 50%. В настоящее время насчитывается около 2,5 млн зарегистрированных больных алкоголизмом. Однако статистика дает далеко не полную картину. По мнению отечественных экспертов, учитывается лишь каждый десятый случай алкоголизма. Это значит, что в России сейчас более 20 млн алкоголиков. Почти каждый седьмой житель страны! До 50% населения России алкогольно-зависимы, 10-11% пьяниц и 4-5 % алкоголиков. В Чувашии 1,9% населения больны алкоголизмом, 1% злоупотребляет алкоголем.

В Чувашской Республике данные официальной медицинской статистики свидетельствуют о стабильно высоком уровне обращаемости за лечением по поводу алкогольной зависимости. По итогам 2004 года общее число больных, имеющих проблемы, связанные с алкоголем, составило 37768 человек, из них женщин – 6033 (15,2%), несовершеннолетних – 1409 (3,5%). Соотношение городского и сельского населения среди больных составляет 1,3:1.

Распространенность алкоголизма в 2004 году составила 1857,4 на 100 тыс. населения, число впервые зарегистрированных больных алкоголизмом – 175,9. Число злоупотребляющих алкоголем в республике составляет около 13 тыс. человек (992,8 на 100 тыс. населения).

Потребление спиртных напитков возрастает, а качество их ухудшается. 60% того, что у нас пьют, не выдерживает никакой критики. Участились случаи отравления алкоголем. Число больных с диагнозом алкогольный психоз за десятилетие выросло в 5 раз.

В Чувашии в результате выполнения плана мероприятий по реализации Указа Президента Чувашской Республики № 137 от 04.12.2002 «О дополнительных мерах по усилению контроля за потреблением алкоголя, профилактике алкоголизма и пьянства» удалось стабилизировать ситуацию, связанную с ростом алкогольных психозов. Уровень первичной заболеваемости в 2004 году уменьшился до 32,3 на 100 тыс. населения, общей заболеваемости - до 43,9 на 100 тыс. населения. В структуре лиц, перенесших алкогольные психозы, женщины составляют 16,2%, по возрасту наибольший удельный вес составляют лица 20-39 лет (47,6%), по социальному статусу – 61,7% неработающие (что необходимо учитывать при разработке профилактических программ), по образовательному статусу преобладают лица с низким образовательным статусом, 60,2% лица со средним образованием.

Наиболее высокая заболеваемость хроническим алкоголизмом падает на возрастные группы 20–22 года (31,4%) и 23–26 лет (40,4%). В Чувашии наиболее проблемным в плане алкогольной патологии является возраст 40-59 лет (55,3%), как среди женщин, так и мужчин; на втором месте возраст 20-39 лет (40,6%).

Чем раньше подросток начинает употреблять алкогольные напитки, тем больше вероятность того, что он станет хроническим алкоголиком. Каждый второй хронический алкоголик начал этот путь еще до 14 лет, около 10% – до 19 лет. Подростки приобщаются к потреблению алкоголя во все более раннем возрасте.

Все больше становится женщин, больных алкоголизмом. Если в 80-е годы соотношение мужчин и женщин, состоявших на учете в наркологических диспансерах, составляло 10:1, то сейчас – 6:1.

В Чувашии среди больных алкоголизмом мужчины составляют 80,4, женщины – 19,6%; соотношение мужчин и женщин – 4,2:1.

Согласно мнению официальных медицинских организаций, злоупотребление алкоголем обусловлено совокупностью биологических, психологических и социальных факторов, а также факторов окружающей среды.

Можно выделить несколько причин, побуждающих людей пить: эмоциональные, физические, социальные, воздействие окружения.

В последние годы в России предприняты конкретные шаги в области профилактики и борьбы с социальными болезнями общества:

- утверждена Концепция государственной политики в сфере противодействия злоупотреблению наркотиками и незаконному обороту в Российской Федерации;
- приняты правовые акты, регулирующие вопросы легального оборота наркотических средств и психотропных веществ;

- разрабатываются и реализуются федеральные и региональные целевые программы по профилактике алкогольной и наркотической зависимости, безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;
- совершенствуется практика сотрудничества государственных и негосударственных, в том числе религиозных организаций в области духовного, нравственного воспитания личности, укрепления семьи.

В Чувашской Республике в области профилактики и борьбы с алкоголем разработаны и реализуются следующие нормативные правовые документы:

1. Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики № 74 от 26 марта 1999 года «О проведении аккредитации организаций, осуществляющих поставки алкогольной продукции для розничной торговли и общественного питания».

2. Распоряжение Кабинета Министров Чувашской Республики № 416-р от 28 мая 1999 года «Об утверждении состава межведомственной комиссии по осуществлению государственного контроля за производством, оборотом этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции».

3. Распоряжение Кабинета Министров Чувашской Республики № 335-р от 5 сентября 2000 года «О составе межведомственной комиссии по предупреждению и пресечению незаконного производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции».

4. Указ Президента Чувашской Республики № 137 от 4 декабря 2002 года «О дополнительных мерах по усилению контроля за потреблением алкоголя, профилактике алкоголизма и пьянства».

5. Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики № 353 от 25 декабря 2002 года «О плане мероприятий по реализации Указа Президента Чувашской Республики от 4 декабря 2002 г. № 137 «О дополнительных мерах по усилению контроля за потреблением алкоголя, профилактике алкоголизма и пьянства».

6. Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики № 190 от 11 августа 2003 года «О порядке и условиях выдачи разрешений на учреждение акцизных складов и порядке изготовления, приобретения, выдачи региональных специальных марок и их цене на территории Чувашской Республики».

7. Приказ Минэкономразвития Чувашии № 01-05/56 от 7 мая 2004 года «Об утверждении инструкции по проведению аккредитации организаций, осуществляющих поставки алкогольной продукции для розничной торговли и общественного питания».

8. Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики № 353 от 25 декабря 2004 года «О плане мероприятий по реализации Указа Президента Чувашской Республики от 4 декабря 2002 г. № 137 «О дополнительных мерах по усилению контроля за потреблением алкоголя, профилактике алкоголизма и пьянства».

3. Программы ВОЗ по борьбе с употреблением веществ, вызывающих зависимость

Уменьшение вреда, наносимого алкоголем, - одна из наиболее важных мер, которые сообщества могут предпринять для улучшения качества жизни населения.

Поскольку ВОЗ имеет уникальные возможности для распространения идей мирового здравоохранения и для предоставления рекомендаций по борьбе с употреблением веществ, вызывающих зависимость, в отдельных странах, некоторые подразделения ВОЗ выбрали эту задачу в качестве приоритетного направления своей деятельности. ВОЗ создала Рабочую группу по алкогольной политике, которая занимается координацией деятельности ВОЗ в области эпидемиологии, профилактики и лечения алкоголизма и разработкой глобальной политики в отношении алкоголя.

В основах политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе среди всего прочего задача 12 определяет необходимость достижения значительного снижения уровня потребления алкоголя среди населения. Задача может быть выполнена, если на всех уровнях и в различных секторах будут внедряться сбалансированные программы и политические меры в отношении потребления и производства для снижения потребления алкоголя на 25 %, обращается особое внимание на уменьшение потребления, ведущего к наибольшему ущербу.

Основой для разработки и осуществления противоалкогольных стратегий и программ на пути достижения задачи с 1992 года служит **Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя** (далее - План), одна из стратегических задач которого - инициирование и усиление действий по профилактике и снижению вреда, наносимого потреблением алкоголя, на местном и муниципальном уровне. План действий в таких ключевых областях, как общественная политика, средовые условия, способствующие укреплению здоровья, первичная медико-санитарная помощь, вспомогательные системы и международное сотрудничество при поддержке ВОЗ, был определен в общих чертах – для его дальнейшей детализации и реализации в каждом государстве.

В 1995 году на Европейской конференции "Здоровье, общество и алкоголь" в Париже была принята Европейская хартия по алкоголю, содержащая пять этических принципов и десять стратегий действий по борьбе с потреблением алкоголя, которыми страны могут пользоваться для разработки своих стратегий и программ борьбы с потреблением алкоголя.

Оценка хода выполнения Плана в 1992-1999 годах на основе данных, полученных из многих источников, в частности ответов партнеров на вопросник, предназначенный для оценки того воздействия, которое План оказал в их странах, показала следующее:

- более чем половина стран разработали национальный план борьбы с потреблением алкоголя и учредили координирующий орган, ответственный за его осуществление;
- снижение налогов на алкогольные напитки, имевшее место в ряде стран, было частично обусловлено движением к согласованию налоговой политики в рамках Европейского союза и связано с опасностью увеличения ущерба, наносимого алкоголем;

- секторы, специализирующиеся на производстве алкогольных напитков и организации торжественных и представительских мероприятий, играют недостаточную роль в предупреждении связанного с потреблением алкоголя вреда. Продолжающийся усиливаться интенсивный маркетинг со стороны производящей спиртные напитки промышленности был отмечен в качестве основного препятствия на пути реализации Плана;
- молодежь и лица, садящиеся за руль в нетрезвом виде, представляли собой основную целевую группу, на которую были направлены антиалкогольные программы. Отмечено, что во многих странах службы первичной медико-санитарной помощи и больницы общего профиля могут играть важнейшую роль в выявлении и лечении лиц, страдающих от связанных с алкоголем проблем;
- от общего числа стран, по которым на время проведения обзора имелись данные, в 11 было отмечено снижение потребления алкоголя на душу населения, в трех (Италия, Испания, Польша) была выполнена задача, поставленная в Европейской политике достижения здоровья для всех и равная снижению потребления алкоголя на 25% (в 11 странах с 1992 года наблюдалось повышение потребления алкоголя);
- в западной части Региона уменьшилось число связанных с употреблением алкоголя дорожно-транспортных происшествий, в северных странах их число уменьшилось на 31 % (в странах Центральной и Восточной Европы этот показатель увеличился на 32%);
- значительно уменьшились показатели вреда, который может нанести алкоголь, такие, как самоубийств и наносимых самому себе травм, в Европейском союзе и Северных странах (повысились на 38% в странах бывшего Советского Союза);
- показатели хронической болезни печени и смертности от цирроза печени снизились на 7% в странах Европейского союза (повысились во всех других странах, при этом наиболее выраженное увеличение имело место в восточной части региона).

Оценка предыдущих этапов Плана сыграла важную роль в разработке Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000-2005 годы, принятого на сорок девятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. Цель Плана на 2000-2005 годы - предотвратить и уменьшить вред, который может нанести потребление алкоголя.

Основными задачами плана являются следующие:

- повышение знаний людей о политике общественного здравоохранения, направленной на предотвращение вреда, наносимого алкоголем, усиление поддержки этой политики, а также просвещение населения по вопросам потребления алкоголя;
- уменьшение вероятности возникновения в различных условиях (например, дома, на работе, сообществе или ситуациях, связанных с употреблением алкоголя), ассоциируемых с алкоголем проблем;
- уменьшение масштабов и выраженности связанного с алкоголем вреда, например, числа смертельных, несчастных случаев, случаев насилия, недопустимого обращения с детьми, семейных кризисов;

- предоставление доступного и эффективного лечения людям с опасными и вредными питейными привычками или лицам, страдающим от алкогольной зависимости;
- обеспечение большей степени защиты от давления выпить спиртное, которому подвергаются дети, молодежь и лица, предпочитающие воздерживаться от употребления алкоголя.

В основе Плана лежат десять стратегий, определенных в Европейской хартии по алкоголю, по каждой указывается, что должно быть достигнуто (конечные результаты), а также как это должно быть сделано (мероприятия). Каждому государству предлагается проанализировать характер актуальных для него проблем, связанных с потреблением алкоголя, и определить, какие из возможных перечисленных действий окажутся наиболее приемлемыми и эффективными в их условиях. Не имеется какой-либо единой модели действий, которая может быть успешно применена во всех странах. Наиболее важным является то, чтобы государства предприняли такие действия, которые смогут быть наиболее эффективными с точки зрения уменьшения вреда, наносимого потреблением алкоголя в каждой отдельной стране.

А. Информация и просвещение

Результаты

- повысить среди населения степень понимания вреда, наносимого спиртопотреблением и его последствиями здоровью и благополучию отдельных лиц, семей и сообществ;
- обеспечить поддержку стратегиям общественного здравоохранения, соответствующим принципам Плана;
- обеспечить, чтобы дети и молодежь могли научиться выбирать здоровый образ жизни и были способны эффективно противодействовать давлению начать потреблять алкоголь до достижения совершеннолетия.

Действия

- распространение информации о вреде, который алкоголь может нанести здоровью и благополучию отдельных лиц, семей и сообществ, используя для этого каналы общественного просвещения или средств массовой информации;
- проведение кампаний средств массовой информации, с тем чтобы повысить среди общественности поддержку существующих или новых стратегий, направленных на борьбу с тем ущербом, который может быть нанесен потреблением алкоголя;
- предоставление всем молодым людям возможности получить ориентированное на приобретение навыков образование в рамках интегрированной и целостной программы санитарного просвещения, основанной на принципах создания безопасных и благоприятных для здоровья условий социальной и физической среды;
- обеспечение того, чтобы проводимое в школах антиалкогольное просвещение (начиная с дошкольных детских учреждений) было включено в программу укрепления здоровья в школе, а также поддерживалось местными общественными объединениями профилактического профиля.

Б. Общественная, частная и производственная жизнь: условия окружающей среды

Результаты

- снизить распространенность связанных с алкоголем проблем в общественных местах, особенно в местах проведения досуга и спортивных мероприятий;
- снизить риск связанного с потреблением алкоголя вреда в рамках семьи и обеспечить для детей безопасные условия жизни;
- уменьшить степень вреда, который может нанести потребление алкоголя на рабочих местах, особенно показатели несчастных случаев и случаев насилия.

Действия

- обеспечить контроль за доступом к спиртным напиткам при проведении крупных общественных мероприятий, когда алкоголь часто наносит значительный вред;
- запретить продажу алкогольных напитков во время развлекательных мероприятий для несовершеннолетних или во время спортивных мероприятий и обеспечить продажу широкого выбора пищевых продуктов и безалкогольных напитков;
- обеспечить широкую доступность и осуществление нацеленных на семью лечебно-профилактических программ;
- содействовать - как в государственном, так и в частном секторах - разработке и принятию антиалкогольной политики на местах работы, которая должна основываться на методах просвещения, профилактики, раннего выявления и лечения алкогольной патологии; такая политика должна быть включена в программы охраны здоровья на рабочих местах как в государственных, так и частных секторах.

В. Вождение автомобиля в нетрезвом виде

Результаты

- добиться значительного снижения числа связанных с алкоголем несчастных случаев, в том числе с летальным исходом, и травм, причиной которых является вождение транспортного средства после употребления алкоголя.

Действия

- строгое выполнение нынешних законов, направленных против вождения автотранспортных средств под влиянием алкоголя;
- проведение широко освещаемых кампаний произвольного тестирования водителей на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе (с помощью индикаторных трубок);
- пересмотр действующих в настоящее время предельно допустимых уровней алкоголя в крови и рассмотрение возможности принятия законов о том, чтобы максимально разрешенный уровень содержания алкоголя в крови был 0,50 мг % или ниже, а для водителей-новичков и профессиональных водителей транспортных средств был близок к нулю;
- развитие практики предоставления альтернативных видов транспорта для выпивших водителей;

- внедрение обязательных программ обучения для водителей, которые неоднократно задерживались за вождение автомобиля в нетрезвом виде.

Г. Наличие алкогольных напитков

Результаты

- иметь налоговую политику, которая способствует снижению вреда, нанесенного алкоголем;
- снизить уровень потребления спиртного несовершеннолетними, особенно очень юного возраста.

Действия

- разработка политики налогообложения, обеспечивающей высокую реальную цену алкогольных напитков, установление величины налогов, с учетом содержания алкоголя в напитках (т.е. более высокие налоги на спиртные напитки с повышенным содержанием алкоголя), продажа неалкогольных напитков по низким ценам;
- использование налогов на спиртные напитки для финансирования противоалкогольных мероприятий (просвещение, научные исследования, политика борьбы против алкоголя, здравоохранение) как на местном, так и на национальном уровнях;
- контролирование степени доступности алкоголя путем ограничения или хотя бы сдерживания числа официальных пунктов продажи алкогольных напитков, ограничивая для этой цели число лицензий и уменьшая количество часов или дней продажи алкоголя;
- борьба с потреблением алкоголя несовершеннолетними путем установления минимального возрастного ценза (обычно старше 18) на продажу и употребление алкоголя в общественных местах;
- внедрение специальных механизмов (маркировка спиртных напитков, свидетельствующая об уплате налогов) в целях борьбы с контрабандой спиртных напитков и обеспечения осуществления эффективной политики ценообразования и сбора всех налогов.

Д. Пропаганда алкогольных напитков

Результаты

- принять меры, направленные на защиту детей и молодежи от рекламы алкогольных напитков.

Действия

- ограничить рекламу так, чтобы она не выходила за пределы круга сообщения информации о самих продуктах, и принять меры к тому, чтобы она появлялась только в печатных изданиях, предназначенных для взрослых;
- разработать свод правил рекламирования с тем, чтобы предупредить случаи, как идеализированного описания эффектов алкоголя, так и привлечения молодых людей к рекламированию спиртных напитков;
- разработать свод правил практики с тем чтобы предупредить пропаганду и рекламирование алкогольной продукции, которая может показаться особенно привлекательной для детей и молодежи;

- запретить производящей алкогольные напитки промышленности выполнять функции спонсора культурно-развлекательных мероприятий, предназначенных для молодежи;
- ввести ограничения на спонсорство спортивных мероприятий со стороны производящей алкогольные напитки промышленности;
- ввести жесткие правила, регламентирующие мероприятия, нацеленные на содействие потреблению алкоголя, такие, например, как винные или пивные фестивали и пивные конкурсы.

Е. Лечение

Результаты

- обеспечить доступное и эффективное лечение для лиц (и их семей), чьи уровни потребления алкоголя варьируют от опасных или вредных до алкогольной зависимости.

Действия

- создание комплексной системы лечения, основанной на оценке потребностей, которая является доступной, эффективной, гибкой и подотчетной;
- обеспечение скоординированного подхода, обеспечивающего привлечение социальных служб, правоохранительных органов, групп самопомощи, а также служб здравоохранения;
- обеспечение того, чтобы лечение было основано на фактических данных, а также было эффективным и гибким, для того чтобы своевременно реагировать на новые достижения в сфере науки, техники и лечебно-диагностических методологий;
- обеспечение того, чтобы лечебно-профилактические учреждения уделяли внимание всем разновидностям связанных с алкоголем проблем (детоксикация, оценка алкогольной проблемы, подбор схемы лечения, предупреждение рецидивов, оказание дальнейшей помощи);
- подготовка работников первичных звеньев здравоохранения по методам выявления лиц с опасным или вредным характером употребления алкоголя и проведения соответствующих краткосрочных вмешательств;
- изыскание необходимых финансовых средств и принятие основанных на использовании контрактов стратегий для обеспечения широкой доступности, в том числе с финансовой точки зрения, соответствующей медико-санитарной помощи на первичном уровне;
- проведение долгосрочных курсов лечения взамен тюремного заключения для тех правонарушителей с алкогольной зависимостью, которые желают пройти курс лечения.

Ж. Ответственность производящей алкогольные напитки промышленности и сектора, занимающегося организацией торжественных и представительских мероприятий

Результаты

- снижение частоты алкогольных проблем в условиях, связанных с употреблением спиртного;

- уменьшение числа лиц, покинувших рестораны, кафе или бары в состоянии опьянения и впоследствии ставших жертвами или виновниками нападений, насилия или дорожно-транспортных происшествий;
- принятие мер по ограничению доступа молодежи к спиртным напиткам.

Действия

- проведение оценок воздействия на здоровье, позволяющих установить влияние социальных и экономических стратегий и программ алкогольной промышленности на здоровье населения, с тем, чтобы обеспечить ее подотчетность;
- расширение понятия ответственности за последствия использования выпускаемой продукции, с тем чтобы охватить тех лиц, которые рекламируют спиртные напитки безответственным или несоответствующим образом;
- обеспечение того, чтобы положения и правила, относящиеся к содержанию алкоголя, упаковке и маркетингу алкогольной продукции, содержали стандарты безопасности выпускаемой продукции, запрещали использование ложных заявлений и обеспечивали использование соответствующих предупреждений (указание процентного содержания алкоголя на изделии);
- содействие росту чувства личной, этической и юридической ответственности лиц, продающих спиртные напитки, путем проведения соответствующих программ обучения и подготовки;
- подготовка проекта законов, с тем чтобы лиц, которые продают спиртные напитки безответственным образом, можно было привлечь к ответственности путем, например, лишения лицензии или с помощью каких-либо других механизмов, которые соответствующие органы власти сочтут целесообразными;
- обеспечение использования наилучшей технологии для создания недорогих и высококачественных спиртных напитков с низким содержанием алкоголя;
- обеспечение строгого выполнения существующих законов в отношении выдачи лицензий и употребления спиртных напитков, внедрение практики обязательного обучения соответствующих лиц, а также выдача лицензий, содержащих такие положения, которые будут препятствовать безответственной продаже спиртных напитков.

3. Способность общества реагировать на наносимый алкоголем вред

Результаты

- усилить общественную деятельность, направленную на уменьшение связанных с алкоголем проблем в местных сообществах (дорожно-транспортные происшествия, вызванные употреблением алкоголя, продажа спиртных напитков несовершеннолетним) за счет повышения ответственности работников, занимающихся продажей спиртных напитков, и принятия большего количества соответствующих местных законов;

- обеспечить повышение знаний и компетентности по относящимся к употреблению алкоголя вопросам среди работников всех государственных отраслей, которые могут внести свой вклад в разработку и реализацию эффективной антиалкогольной политики.

Действия

- организация курсов обучения и подготовки по политике в отношении алкоголя для работников других отраслей (просвещение, социальное обеспечение, правосудие), с тем чтобы обеспечить принятие эффективных межотраслевых/ межведомственных действий;
- оказание поддержки программам, способствующим большей мобилизации общественности и усилению лидерского потенциала применительно к вопросам предупреждения связанных с алкоголем проблем;
- проведение по крайней мере одного скоординированного и устойчивого демонстрационного проекта по предотвращению связанных с алкоголем проблем на местном уровне;
- обеспечение разработки и реализации во всех городах, принимающих участие в проекте ВОЗ "Здоровые города", муниципальной политики в отношении алкоголя.

И. Неправительственные организации

Результаты

- поддерживать неправительственные организации и группы самопомощи, которые пропагандируют осуществление инициатив, направленных на предотвращение или уменьшение вреда, который может быть причинен потреблением алкоголя.

Действия

- поддержка неправительственных организаций и сетей, располагающих опытом и компетентностью в деле пропаганды на международном и национальном уровнях политики по уменьшению вреда, который может быть причинен потреблением алкоголя;
- поддержка организаций и сетей, в круг полномочий которых входит пропаганда (ассоциации работников здравоохранения, представители общественности, организации потребителей);
- поддержка неправительственных организаций и сетей, играющих особую роль в информировании и мобилизации гражданского общества в отношении связанных с алкоголем проблем, агитации в пользу изменения политики и эффективной ее реализации среди правительственных кругов, а также вскрытии и освещении вредных действий алкогольной промышленности.

К. Формулирование, осуществление и мониторинг политики

Результаты

- иметь всестороннюю политику в отношении алкоголя;
- иметь систему, позволяющую регистрировать уровень потребления алкоголя и проводить мониторинг и оценку реализации политики в

Действия

- разработка национальной программы, включающей основанный на четких задачах план действий по борьбе с потреблением алкоголя;
- создание органа, способного обеспечить координацию действий по выполнению национальной программы, предоставление адекватных ресурсов для выполнения этой функции и разработка конкретного графика, помогающего обеспечить выполнение и мониторинг национальных планов действий;
- создание эффективного механизма для мониторинга и оценки уровней потребления алкоголя, установление показателей того вреда, который может быть нанесен алкоголем, и мониторинг ответных действий, предпринимаемых на уровне разработки и осуществления политики борьбы с потреблением алкоголя.

Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя с указанием эффективных мер, позволяющих получить хорошо видимые результаты, является основой для общеевропейского движения, направленного на уменьшение вреда, который может быть причинен потреблением алкоголя.

4. Действия по проблемам алкоголя на местном уровне

Европейское региональное бюро ВОЗ явилось инициатором двух проектов по поддержке действий по проблемам, вызываемым потреблением алкоголя, на местном уровне: первый - демонстрационный и оценочный проект всесторонней программы на базе города Лахти (Финляндия), второй - проводится через проект «Здоровые города» и включает в себя межгородской план действий по алкоголю (15 городов включены в сеть проекта ВОЗ).

Местные программы и действия являются важным путем поддержки и обеспечения общественной и политической поддержки изменения систем продажи и потребления алкоголя. Помимо развития чисто местной политики, местные действия могут оказать мощное влияние на государственную политику в этой области.

Каждый город или район имеют потенциальные возможности для профилактических действий. Дом, школа, рабочее место, медицинские учреждения должны предоставлять условия, способствующие здоровому поведению, усиливать социальную поддержку и укреплять положительное отношение к снижению потребления алкоголя. Действия по проблемам алкоголя на местном уровне должны стать частью действий по укреплению здоровья.

Проблемы, связанные с потреблением алкоголя, касаются различных сфер жизни сообщества. Многие сектора уже работают над этими проблемами. Одна из первых задач состоит в определении секторов, имеющих отношение к проблемам алкоголя, и совместном составлении согласованного плана действий. Возможен комбинированный подход действий на местном уровне по алкоголю, табаку и наркотикам.

Природа потребления алкоголя и вызываемых им проблем требует тесного сотрудничества многих учреждений и организаций, представляющих интересы

различных слоев населения. Благодаря межсекторальному сотрудничеству можно быть уверенным, что политика, сформированная в одной сфере, не идет в разрез и не противоречит политике другого сектора

Важным фактором долгосрочного успеха работы является политическая поддержка. Ее необходимо закрепить с помощью муниципальных постановлений, обязывающих местные власти внедрять в жизнь и оценивать план действий еще на ранней стадии развития и гарантирующих политическую и финансовую поддержку.

Кроме того, важно, чтобы население признало проект местного плана действий по проблемам алкоголя своим. Идеи плана должны распространяться и меняться под воздействием мнений населения. Необходимо, чтобы окончательная форма плана учитывала мнения именно этого населения.

Группа действий по алкоголю

Первым шагом по подготовке плана действий является формирование группы действий по алкоголю (далее - Группа), которая будет разрабатывать стратегию относительно алкоголя для всего населения местности, учитывая интересы и обязательства различных секторов.

К работе в Группе должны быть привлечены люди с различными навыками и мотивами: энтузиасты, эксперты, административные работники, влиятельные люди, исследователи. Группа должна быть небольшой, необходимо выбрать координатора и секретаря. Координатор продвигает работу по плану, собирает данные, организует встречи и распространяет разрабатываемые идеи. Группа либо формируется согласно распоряжению местного органа власти, либо возникает по инициативе населения. Группа должна функционировать в рамках скоординированной алкогольной политики, принятой на национальном уровне. Но существует множество возможностей для чисто местных инициатив.

Группа должна установить задачи, которые будут определять цели каждой программы, и контролировать прогресс в достижении этих задач. Первоначально одной из основных задач будут повышение понимания роли, которую играет алкоголь в жизни населения, и достижение взаимопонимания групп и отдельных лиц, работающих или заинтересованных в политике относительно алкоголя на местном уровне.

Группа должна выработать концепцию укрепления здоровья, основанную на имеющихся данных исследований о природе, связанных с алкоголем проблем, и учитывающую местные традиции и проблемы. Сбор базовой информации о величине и типе потребления алкоголя, а также потерь и преимуществ этого представит данные, которые могут стать основой для определения задач. Вполне возможно определить задачи в некоторых областях:

- медицинские проблемы (травматизм, смертность и заболеваемость, связанные с потреблением алкоголя);
- социальный ущерб (насилие в семье, жестокое отношение к детям, бездомные и безработные);
- проблемы общественного порядка (пьянство в общественных местах, насилие в пьяном виде, вождение автомобилей в нетрезвом состоянии, дорожные аварии, нарушение правил лицензирования и нелегальное производство и продажа алкоголя);

- производственные проблемы (прогулы, аварии).
- Другие задачи будут касаться изменения ответных мер сообщества:
- доступность, качество и объем образования об алкоголе и обучения навыкам работы по проблемам алкоголя;
 - доступность и активность служб, нацеленных на укрепление здоровья, выявление алкогольных проблем, воздействие на ранней стадии;
 - способность служб социального обеспечения выявлять и эффективно реагировать на связанные с алкоголем проблемы;
 - политика, способствующая здоровой обстановке на производстве и обеспечивающая соответствующую помощь;
 - осознание нужд бездомных.
- Полезно разделить задачи по сферам деятельности и установить приоритеты, определив группы, ответственные за каждую сферу.

Базовая информация

Группа действий по алкоголю будет отвечать за сопоставление информации, собранной из различных областей и источников. Собранные данные можно также использовать как основу для мониторинга изменений и воздействия нововведений.

Информацию можно получить на основании государственной статистики, на областном или муниципальном уровне, на основании данных социологических опросов.

Некоторые показатели наносимого потреблением алкоголя ущерба

Здоровье

Смертность в результате: цирроза, панкреатита, рака (губ, ротовой полости, глотки, пищевода, гортани), алкоголизма, насильственная смерть (несчастные случаи, самоубийства, убийства).

Заболеваемость: гепатит, гипертоническая болезнь, алкоголизм, алкогольная зависимость, алкогольный психоз, несчастные случаи, попытка самоубийства.

Число пациентов, обратившихся с алкогольными проблемами в учреждения здравоохранения: служба первичной медико-санитарной помощи, травматологические отделения, общепрофильные больницы, психиатрические клиники.

Социальные факторы

Социальные выплаты, пенсии по инвалидности (количество упоминаний об алкоголе), бездомность.

Работа

Ухудшение выполнения работы, несчастные случаи, прогулы и отсутствие по болезни, безработица

Правонарушения

Правонарушения, совершенные в нетрезвом состоянии, дорожные аварии, потребление алкоголя несовершеннолетними, хулиганство, насилие и ссоры в семье, время, которое тратит милиция на решение проблем, связанных с алкоголем

Аспекты деятельности по вопросам алкоголя в обществе

- часы продажи алкоголя;
- количество заведений, имеющих лицензию;
- исключения из нормальной практики и тенденции лицензирования;
- распространенность и расположение точек продажи алкоголя, факторы, влияющие на их изменение и политика реализации алкоголя;
- образование по алкогольным вопросам в школах, высших учебных заведениях, объем и тип образования по вопросам алкоголя;
- возможность для специалистов пройти обучение по выявлению и лечению алкогольных проблем;
- производственные меры по отношению к алкоголю, его распространенности и их выполнение;
- участие алкогольной промышленности и индустрии досуга в профилактике и образовании;
- работа СМИ, контроль рекламы;
- наличие алкоголя в спортивных клубах и на спортивных мероприятиях, спонсорство и т.д.

Яркими примерами эффективности работы по профилактике проблем, связанных с алкоголем, являются США и Великобритания.

Чтобы ограничить потребление алкоголя, в 1999 году Соединенные Штаты ввели закон, разрешающий продавать спиртные напитки только лицам, достигшим 21 года. В результате смертность от алкоголизма снизилась почти вдвое - до 5% от общей смертности населения (в России этот показатель составляет 25%).

В Европе существуют ограничения по возрасту, месту и времени продажи алкогольных напитков. Так, в Великобритании запрещена продажа алкоголя после 11 часов вечера.

5. Заключение

Одна из целей плана действий по проблемам алкоголя на местном уровне состоит в разъяснении обществу природы алкоголя, опасности и преимуществ, с ним связанных. План должен, по крайней мере, дать надежную информацию, на базе которой люди могли принимать решения относительно здоровья и образа жизни. Необходимо проконтролировать, чтобы **муниципальные отделы были хорошо проинформированы и сотрудничали в создании единого плана**, нацеленного на сведение к минимуму вредных последствий потребления алкоголя для отдельного человека, семьи и окружения. Реальной целью должны быть государственная политика, ориентированная на здоровье, и способствующее этому окружение.

План действий не будет успешным, если будет расцениваться как что-то привитое к жизни общества или внедряемое сверху начальством и специалистами. **План, чтобы быть успешным, должен быть «собственностью» населения** этой местности и интегрироваться в процесс планирования муниципалитета.

Список использованной литературы

1. Хиллебранд Дженнифер, Монтейро Маристела. Употребление веществ, вызывающих зависимость, и его пагубность для общества.
2. Алкоголь - "убийца № 1" молодых мужчин в Европе // Пресс-релиз Европейского регионального бюро ВОЗ/01-03/01
3. Герасименко Н.Ф. Россия без будущего?.
4. Всемирная Организация Здравоохранения. Европа. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000-2005 гг.
5. Действия по проблемам алкоголя на местном и муниципальном уровне. Европейская сер. № 63. Копенгаген.

Лекция 2. Употребление вызывающих зависимость средств: наркомании

План лекции:

1. Актуальность проблемы.
2. Анализ текущей ситуации в республике.
3. Мировой опыт решения проблемы.
4. Борьба с наркоманией в России.

1. Актуальность проблемы

Применение веществ, воздействующих на сознание, сопутствует эволюции человечества. Люди употребляют наркотики и воздействующие на сознание вещества многие тысячелетия, но никогда ранее наркологические заболевания не лежали на обществе тяжелым бременем, как в наше время. Употребление наркотиков и других вызывающих зависимость веществ вносит свой вклад в социальные и экономические проблемы, начиная от насилия и преступности, до закономерного падения производительности, роста уровня травматизма и смертности, что приводит к снижению уровня продуктивности общества.

Эти тенденции выглядят еще тревожнее, если учесть тот факт, что наркологические заболевания более не являются проблемой преимущественно мужской части населения, а стремительно превращаются в реальную угрозу для женщин, особенно женщин детородного возраста, и молодежи. Поэтому вред нередко распространяется и на новое, еще не родившееся поколение.

Биологический механизм формирования зависимости реализуется через процессы, протекающие в организме - биохимические, биоэлектрические, биомембранные, клеточные, тканевые и т.д. Такая зависимость называется физической. В большей степени она присуща наркомании к опиатным наркотикам, снотворным, алкоголю. Физическая зависимость развивается в результате того, что организм "настраивается" на прием наркотиков и включает их в свои биохимические процессы. Объяснить, что происходит при этом, невозможно. Главный принцип прост: наркотики, каждый препарат по-своему, начинают выполнять функции, которые раньше обеспечивались веществами, производящимися самим организмом. Тело больного, чтобы сэкономить внутренние ресурсы, прекращает или сокращает синтез этих веществ. Кроме того, при введении наркотиков нарушается баланс большого количества не таких известных, но не менее важных субстанций: медиаторов серотонина, ацетилхолина и дофамина, "кирпичиков" для ДНК - цАМФ и цГМФ; изменяется проницаемость клеточных стенок для ионов кальция и т.п. Если процесс "перенастройки" физиологии организма "под наркотики" зашел достаточно

далеко, то при их отсутствии начинается абстиненция или "ломка". Еще одна особенность: сами наркотики постоянно разрушаются ферментными системами и выводятся через почки, кишечник и легкие. Поэтому "запас наркотиков" в организме необходимо регулярно "пополнять". В результате физическая зависимость принуждает употреблять наркотики регулярно, не давая передышки.

Все наркотики независимо от пути введения в организм в большей или меньшей степени обязательно повреждают:

- нервную систему (в том числе головной мозг);
- иммунную систему;
- печень;
- сердце;
- легкие.

Средняя продолжительность жизни наркомана при употреблении наркотиков внутривенно - примерно 7-10 лет непрерывной наркотизации, но зафиксированы случаи, и на 6-8-м месяце после начала регулярного приема.

В мире. В докладах ВОЗ приводятся данные, что только в результате инъекции наркотиков во всем мире каждый год умирает до 200 тыс. человек. Ежегодные доходы от незаконного оборота наркотиков в мире в последние годы превышают 400 млрд долларов США. По последним данным ООН, марихуану употребляют почти 142 млн, амфетамины и синтетические наркотики - 30,5 млн, кокаин - 13,4 млн, героин и опиаты - 8 млн человек. По неофициальной оценке Программы ООН по международному контролю над наркотиками, ежегодно употребляют наркотики 3-4% мирового населения. Поскольку растет процент людей, употребляющих наркотики, растут проституция, насилие и риск распространения передающихся через кровь инфекционных заболеваний, таких, как ВИЧ/СПИД и гепатит В и С.

Наркотики наносят вред здоровью человека в первую очередь и наиболее остро, причиняют вред семье и работе. Наркологические заболевания и незаконный оборот наркотиков ежегодно несут страдания миллионам семей по всему свету.

Злоупотребление психоактивными веществами (алкоголем, наркотическими, токсическими средствами) (далее – ПАВ) - одна из проблем, представляющих угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере, правопорядку во многих странах мира.

В России. Наркомания и торговля наркотическими веществами – явления для Российской Федерации относительно новы, но для общества представляют постоянно растущую угрозу. Ухудшение условий жизни и распад системы привычных морально-этических ценностей самым отрицательным образом сказались на состоянии нравственности в обществе. В период перехода к рынку резко возросли масштабы потребления немедицинских наркотических средств. Согласно официальным статистическим данным, число наркологических больных превышает 2 млн человек, увеличившись за последние десять лет почти в 7 раз. Эти цифры не отражают реальной ситуации с наркоманией в России, поскольку не включают наркоманов, находящихся в тюрьмах, и тех, кто ни разу не проходил обследования в наркологических диспансерах и учреждениях. Особое беспокойство вызывает растущее потребление наркотиков и других

психотропных веществ детьми и подростками. За последние пять лет число несовершеннолетних наркоманов на каждые 100 тыс. подростков выросло почти в 3 раза. В эту ловушку попадает все больше женщин репродуктивного возраста. Число женщин, которым впервые был поставлен диагноз «наркомания», выросло с 3,3 на каждые 100 тыс. женщин в 1995-м до 12,8 в 1999 году.

В целом проблема наркомании затрагивает около 30 млн человек, то есть практически каждого пятого жителя страны. Сегодня в России не осталось ни одного региона, где бы не были зафиксированы случаи употребления наркотиков или их распространения. Наркомания окончательно превратилась в общенациональную проблему, несущую прямую угрозу государству. По последним экспертным оценкам, каждый наркоман вовлекает в употребление наркотиков 13-15 человек, создавая тем самым своего рода "снежный ком" наркомании.

В последние годы в России, в отличие от многих других стран, молодежь быстрее переходит от «легких» наркотиков к «тяжелым», таким, как героин и опиум, обладающим значительно более сильным воздействием на человеческий организм. Так, в 1995-м доля героина в общем объеме потребления наркотиков в России составляла всего 0,004, в 1999-м она выросла до 10,4%. Расширение масштабов наркомании ведет к резкому росту смертности среди молодых людей по причине употребления наркотиков. В 1999-м уровень смертности среди несовершеннолетних наркоманов был в 1,5 – 2 раза выше, чем среди наркоманов всех других возрастов.

Наиболее тревожная ситуация наблюдается в Калининграде, Санкт-Петербурге, Краснодаре, Москве и Московской области.

Еще более тревожной тенденцией является стремительное распространение ВИЧ-инфекции во многих регионах страны среди лиц, потребляющих наркотики внутривенно при помощи инфицированных шприцев. В последние годы передача инфекции через зараженные иглы стала основным путем распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа в России.

Значительная часть потребляемых в России наркотиков и большая часть тяжелых наркотиков поступают из-за границы. За последние годы Россия стала идеальным местом для расширения контрабанды. Наряду с ростом наркомании отмечается существенное расширение преступных деяний, связанных с наркотиками. В целом за последнее десятилетие количество преступлений, совершенных на почве наркомании, увеличилось более чем в 14 раз.

Потери от наркомании за последние два года превышают несколько миллиардов рублей. Моральный ущерб российскому обществу вообще не поддается никакому подсчету.

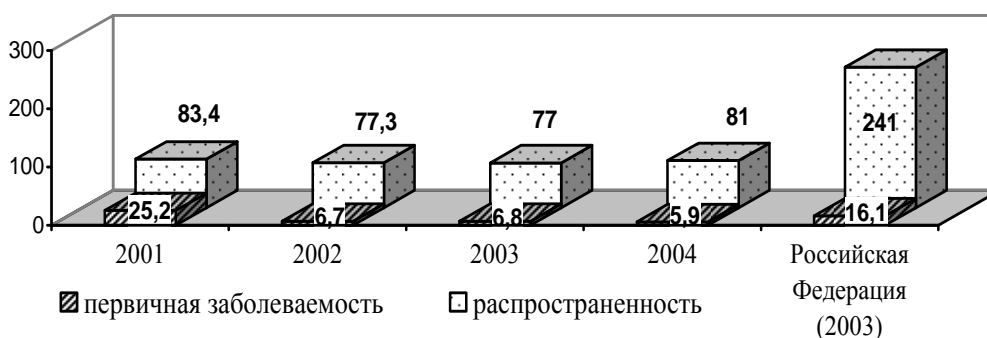
В Чувашской Республике. Наркологическая ситуация в Чувашской Республике «зеркально» отражает общую наркоситуацию в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе. В результате активизации мер, направленных на снижение предложения и спроса на наркотики, в целом отмечается некоторая стабилизация наркоситуации: снизился уровень регистрации числа наркозависимых и злоупотребляющих наркотиками.

2. Анализ текущей ситуации в Чувашской Республике

В Чувашской Республике распространенность и заболеваемость наркоманией остаются значительно ниже среднероссийских (рис.1). Среди регионов Приволжского федерального округа Чувашская Республика по заболеваемости наркоманией в 2004 году «занимает» 11 место.

Рисунок 1

Распространенность и первичная заболеваемость наркоманией в Чувашской Республике в сравнении с Российской Федерацией (на 100 тыс. населения)



На начало 2004 года под наблюдением наркологической службы Чувашской Республики состояло 1505 потребителей наркотических веществ и 355 злоупотребляющих наркотическими веществами. Среди лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических и психотропных веществ, соотношение мужчин и женщин составляет 6,2:1 (в Российской Федерации - 8,2:1). Растет потребление синтетических форм наркотиков, к которым относится героин.

В 2004 году наибольшее число впервые выявленных больных наркоманией отмечается в городах Канаш и Чебоксары. Среди сельских районов случаи наркомании зарегистрированы в Козловском, Красноармейском, Чебоксарском, Яльчикском и Ядринском районах.

В Чувашской Республике принимаются меры, направленные на стабилизацию наркологической ситуации, и выработку стратегического курса на совершенствование профилактики наркомании и токсикомании.

В республиканской целевой программе "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту в Чувашской Республике на 2002-2004 годы" (постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 20 июля 2001 г. N 165 с дополнениями от 17 февраля 2003 г. N 36) определена новая межведомственная модель борьбы с наркоманией, которая включает мероприятия, направленные на ограничение доступности наркотиков и снижение уровня спроса на наркотические вещества.

Система профилактики наркологических заболеваний организована в соответствии с современной концепцией профилактики наркологических заболеваний, концепцией комплексной активной профилактики и реабилитации (КАПР), которые предлагают в качестве кардинального решения проблемы

профилактику зависимости от ПАВ.

Медицинские меры профилактики ориентированы преимущественно на раннее выявление потребителей наркотических и психотропных веществ (проведение мониторинга, особенно в подростковой и молодежной среде); проведение эффективных лечебных и реабилитационных мероприятий среди лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами; информационную работу среди групп риска, особенно в подростковой среде; работу с общественными организациями.

В рамках программы укреплена материально-техническая база наркологической службы. Все центральные районные больницы укомплектованы специалистами для оказания специализированной помощи. По сравнению с 2003 годом в республике увеличилось число психиатров-наркологов на 7,4% (с 54 до 58). Обеспеченность врачами-наркологами в Чувашской Республике превысила среднероссийский показатель и составила - 0,6 на 10 тыс. населения (РФ – 0,58; ПФО – 0,57). В целях повышения квалификации специалистов проводятся дни нарколога, кураторские выезды в районы, издаются методические пособия для врачей - психиатров-наркологов.

При ГУЗ "Республиканский наркологический диспансер" функционирует амбулаторное отделение медико-психологической помощи и реабилитации, созданы реабилитационные клубы в городах Чебоксары, Новочебоксарск, Шумерля, Канаш. Лечение больных с химической зависимостью проводится с учетом биопсихического социального характера заболевания.

Реализация программы создала предпосылки для формирования системы межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики психоактивной зависимости на республиканском и муниципальном уровнях. Общее руководство и планирование осуществляет Межведомственная комиссия по противодействию незаконному обороту наркотиков, созданная при Кабинете Министров Чувашской Республики.

Вследствие распространения наркомании и токсикомании среди детей и подростков одним из важнейших направлений государственной политики в Чувашии стала воспитательная работа с подрастающим поколением.

Совместно с Минобразования Чувашии и МВД Чувашии для оценки наркологической ситуации регулярно проводится анкетирование организованных подростковых коллективов. Педиатрической службой осуществляется экспресс-диагностика наркотического опьянения, для чего в 2003 году было закуплено более 1 тыс. тест-систем. Ведется регистр несовершеннолетних потребителей наркотических и психотропных веществ. Комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий с данной группой пациентов осуществляется в Центре медико-психологической реабилитации.

При Республиканской детско-юношеской библиотеке успешно работает Информационно-методический центр по профилактике наркомании среди детей и подростков. По вопросам социально-трудовой реабилитации центр взаимодействует с общественной организацией "Матери против наркотиков", некоммерческой организацией благотворительным фондом "Центр реабилитации – нет наркомании".

В 2003 году под патронажем Республиканской комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту проведена акция "Молодежь против наркотиков".

Участниками программы "Открытый мир" реализуется план мероприятий, направленный на профилактику наркотической зависимости среди детей и подростков Чувашской Республики, первичной профилактики среди здоровых детей и подростков, вторичной и третичной профилактики - среди больных. Программа состоит из нескольких подпрограмм: "Мониторинг" (оценка потребления психоактивных веществ учащейся молодежью, пропаганда здорового образа жизни), "Средства массовой информации в профилактике употребления психоактивных веществ" и "Профилактика употребления психоактивных веществ в школе".

В результате широкомасштабной профилактической работы особенно среди молодежи, направленной на формирование здорового образа жизни, снижение спроса и доступности наркотических веществ и правильность выбора в решении жизненных проблем, рост заболеваемости наркоманией в целом по республике приостановился (рисунок). В 2004 году не было зарегистрировано ни одного случая наркомании в 16 из 26 административных территорий республики. Впервые за последние два года случаев наркомании среди несовершеннолетних не регистрировалось. Всего на начало 2005 года зарегистрировано четверо несовершеннолетних по поводу злоупотребления наркотическими веществами (1,3 на 100 тыс. детско-подросткового населения). Средний возраст больных в этой группе - 15-17 лет. Соотношение мальчиков и девочек составляет 3:1.

В связи с необходимостью реабилитации лиц, страдающих наркотической зависимостью, в 2004 году планируется организация системы реабилитационных учреждений, состоящей из республиканского наркологического центра и амбулаторных реабилитационных подразделений на базе городских наркологических диспансеров в городах Новочебоксарск, Канаш, Алатырь, Шумерля. Реабилитационные мероприятия включают комплекс медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых и трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления психоактивных веществ, вызывающих зависимость.

3. Мировой опыт решения проблемы

В начале 30-х годов в Америке люди, которые хотели прекратить употребление алкоголя и наркотика и не находили поддержки в окружающем их мире, объединились в Ассоциацию анонимных алкоголиков. К 1938 году полностью сформировалась программа психотерапевтической помощи бывших алкоголиков и наркоманов друг другу. Она получила название "12 шагов". Эта программа завоевала признание среди пациентов и специалистов всего мира. Главной задачей программы является изменение взгляда человека на мир, возвращение его к нормальным человеческим ценностям. Практически речь идет о реабилитационной программе, "терапевтами" в которой выступают сами больные. В 1953 году анонимные наркоманы (NA) выделились из Ассоциации анонимных алкоголиков и до сегодняшнего дня представляют собой отдельную общественную организацию-братство. Организация эта абсолютно независимая, бесплатная, немедицинская, негосударственная, естественно, анонимная. Программа братства опирается на свойственную человеку внутреннюю

религиозность, хотя и не требует веры в конкретного бога или принадлежности к какой бы то ни было религии.

4. Борьба с наркоманией в России

В последнее время наметился определенный перелом в отношении проблем борьбы с наркоманией со стороны высших эшелонов власти. Во многом это связано с возросшим осознанием того ущерба, который наркомания наносит обществу, и с тем, что отказ от активных действий в отношении наркомафии в России с неизбежностью вызовет самую негативную реакцию в мировом сообществе.

Ключевым фактом в решении многих проблем, связанных с борьбой с наркоманией, явилось принятие в 1998 году Государственной Думой Федерального закона "О наркотических средствах и психотропных веществах", позволившего обеспечить более адекватную правовую основу для деятельности, как правоохранительных органов, так и органов здравоохранения.

Значительно активизировались средства массовой информации страны. В общенациональной и региональной прессе было опубликовано большое количество материалов на эту тему, включая выступления авторитетных медиков и специалистов, музыкантов и спортсменов. В частности, можно особо отметить акцию "Комсомольской правды" под девизом "Слезь с иглы!".

Позитивную роль сыграло появление рекламных роликов против наркотиков на ведущих телеканалах страны, прежде всего на канале НТВ. По оценкам многих специалистов, прямое публичное обращение к данной теме с телеэкрана как через такую рекламу, так и через специальные передачи (прежде всего программы "Сумерки" и "Суд идет" на том же канале) позволило стимулировать работу по противодействию наркомании в учебных заведениях, заставило многих родителей со всей серьезностью взглянуть на эту проблему.

Важной силой в борьбе с наркоманией становятся родители юношей и девушек, страдающих наркоманией. В Москве, Волгограде, Санкт-Петербурге, Хабаровске и многих других городах действует общественное движение "Матери против наркотиков". Членами этого движения прочитано более 10 тыс. лекций в школах и вузах, в воинских частях и летних лагерях. В Москве почти в 200 школах реализуется целевая программа по профилактике наркомании.

В обществе начинает формироваться более жесткое отношение к распространителям наркотиков. В Омской области за ужесточение уголовного законодательства, незаконное производство и распространение наркотиков и за введение смертной казни для наркодилеров высказались 443 тыс. из 500 тыс. опрошенных граждан.

Важное значение для борьбы с наркоманией имело усиление взаимодействия правоохранительных и таможенных органов Российской Федерации. При МВД России был создан Центр межведомственного взаимодействия в сфере пресечения незаконного оборота наркотиков.

Предпринятые правительством Москвы и органами власти других городов России усилия, в том числе при активном содействии законодательных органов, по ужесточению контроля за дискотеками и другими центрами массового отдыха молодежи дали определенные результаты - сократилось распространение в них

наркотиков, прежде всего синтетического происхождения. Однако до перелома ситуации к лучшему весьма далеко.

По последним опросам молодежи в Москве, Санкт-Петербурге, Волгограде, Самаре, Краснодаре, Хабаровске и других городах страны, а также в сельской местности Центральной России, основными причинами роста наркомании среди молодежи являются именно социальная обстановка, утрата моральных ценностей и неверие в возможность самореализации. В частности, в Волгограде более 60% опрошенных отметили, что на употребление наркотиков их толкнула ситуация, когда "некуда податься", и неверие, что кто-то заинтересован в решении их проблем.

В России открываются культурно-спортивные центры для пропаганды здорового образа жизни, развития методов профилактики и борьбы со СПИДом и наркоманией.

Цели культурно-спортивных центров:

- защитить молодежь от СПИДа и наркомании;
- предложить модель здорового общества;
- воспитывать в молодых людях чувство хозяина и лидерские качества на Стержневых Ценностях;
- дать образование молодым парам по вопросам семьи, брака и детей;
- предложить детям, помимо интеллектуального и физического воспитания, образование сердца;
- предоставить возможность культурного проведения досуга.

Культурно-спортивный центр может внести свой вклад в развитие общества через гармоничное сотрудничество общественных организаций, администрации и корпоративных партнеров. В общественных центрах будут проводиться семинары, показы фильмов, спортивные и культурные мероприятия и консультации, отвечающие запросам молодежи.

Список использованной литературы

1. Наркологические заболевания как комплексная проблема. /Наше здоровье/. 2001.
2. Хиллебранд Дженнифер и Монтейро Маристела. Употребление веществ, вызывающих зависимость, и его пагубность для общества. 2001.
3. Общая оценка страны Российская Федерация. Место: ООН, 2002.
4. Гаранский. А.Н. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления [Текст] : пособие для педагогов / под ред. А.Н. Гаранского. - М., 2003. – 352 с.

Лекция 3. Транспорт: предупреждение дорожно-транспортного травматизма

План лекции

1. Актуальность проблемы.
2. Анализ текущей ситуации.
3. Принципы обеспечения дорожной безопасности.
4. Международный опыт решения проблемы.
5. Рекомендации.

1. Актуальность проблемы

Травматизм на автомобильных дорогах представляет собой серьезную проблему. Ежегодно погибают около 127 тыс. человек и примерно 2,4 млн получают ранения. Экономические потери, связанные с травматизмом в результате дорожно-транспортных происшествий, оцениваются в 2% ВВП каждой отдельной страны. Автомобильные аварии являются одной из основных причин смертности среди молодых людей. Так, возраст примерно одной трети жертв автомобильных аварий составляет 15-29 лет.

Однако существуют эффективные превентивные стратегии, требующие взаимодействия различных ведомств и организаций, среди которых особая роль отводится здравоохранению.

Дорожный травматизм в Европейском регионе ВОЗ является серьезной проблемой здравоохранения. Ежегодно в этом регионе в автомобильных авариях погибает 127 тыс. человек, что эквивалентно населению таких городов, как Гренобль (Франция), Перуджа (Италия) или Норильск (Российская Федерация).

К такому недопустимо высокому числу потерянных жизней ежегодно прибавляется еще примерно 2,4 млн человек, получающих травмы в автомобильных авариях. В результате экономические потери для нашего региона огромны. В некоторых странах они составляют около 2% ВВП. Европейского региона. Предполагается рост числа аварий в странах с низким и средним уровнем доходов по мере увеличения числа автомобилей.

Успех, достигнутый некоторыми государствами-членами Европейского региона ВОЗ в снижении уровня смертности и травматизма в результате ДТП, показывает, что при сильной политической воле и всесторонних мероприятиях инвестированные средства приносят существенную пользу здоровью населения. Необходимо изучать опыт этих стран в решении проблемы и использованные ими новаторские подходы применять, адаптируя к различным местным условиям по

всему региону. Травматизм на дорогах - глобальная угроза общественному здоровью и развитию.

2. Анализ текущей ситуации

Ежегодно в России погибает более 30 тыс. человек, из них 200 тыс. получают травмы в автомобильных авариях. Уровень смертности в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в России в 2,3 раза выше среднего по Европе и в 11 раз выше, чем в самых благополучных странах (Албания, Грузия).

При этом необходимо отметить, что около 20-30% ДТП не регистрируются, более 30 % пострадавших не обращаются за помощью, особенно настораживает, что 75% пострадавших – мужчины в возрасте 18-29 лет. Средний возраст погибших на дорогах – 38 лет.

Кроме того, ДТП сопровождаются огромным экономическим ущербом – погибают здоровые трудоспособные граждане и дети, экономические потери составляют 2 % ВВП (для сравнения: расходы на оборону РФ – 2,9, здравоохранение – 4-5% ВВП).

В России за 6 месяцев 2004 года количество дорожных аварий увеличилось на 16%, на 8% возросло число детей, пострадавших в ДТП.

30% смертности при ДТП – результат превышения скорости, каждое пятое ДТП совершается с участием нетрезвого водителя. По данным опросов, 42% водителей и 48% пешеходов нарушают правила дорожного движения не по незнанию, а обдуманно.

Снижение смертности взрослого населения в результате дорожно-транспортного травматизма в Российской Федерации привело бы к увеличению средней продолжительности жизни на 2,4. Для сравнения: для Молдовы этот показатель бы возрос на 0,2, для Беларуси – на 1,39, для Украины – на 0,71.

Несчастные случаи, травмы и отравления в Чувашской Республике занимают второе место в структуре смертности (17,8%) населения. Причем среди мужчин они являются причиной смертности каждого второго умершего в трудоспособном возрасте, у женщин – каждой третьей. В Чувашии ежегодно регистрируется более 120 тыс. травм различного генеза. Негативной тенденцией является рост их тяжести.

Сокращение прямых и косвенных социально-экономических потерь общества путем создания в республике эффективной системы межведомственного взаимодействия в предотвращении различных видов травм является одной из основных задач Концепции охраны здоровья населения Чувашской Республики на период до 2010 года.

В 2004 году издан межведомственный приказ Минздрава Чувашии, Минпрома и МВД Чувашии «Совершенствование организации и повышение качества предрейсовых медицинских осмотров водителей автотранспортных средств на предприятиях и учреждениях Чувашской Республики». В целях обеспечения своевременного оказания доврачебной помощи при травмах и несчастных случаях на предприятиях и организациях подготовлено 739 инструкторов-реаниматоров. Работает межведомственная комиссия по вопросам обеспечения безопасных условий труда на производстве.

В рамках подпрограммы «Профилактика травматизма и совершенствование травматологической помощи населению» в 2004 году выделено более 5 млн рублей, в т.ч. на закупку медицинского оборудования – 4131,0 тыс. Организуется работа 4 межрайонных травматологических центров.

В результате за последние три года уменьшились первичный выход на инвалидность вследствие травм – на 15,3, смертность от неестественных причин – на 3,2%.

Среди причин возникновения ДТП усматриваются злоупотребление спиртными напитками и высокая скорость движения автомобилей на дорогах.

Доказано, что у мужчин 18-24 лет при одинаковом уровне алкоголя в крови риск попадания в аварию в 2 раза выше, чем у более старших, риск ДТП значительно увеличивается при наличии пассажиров, особенно у молодых нетрезвых водителей.

Скорость также является важнейшим фактором риска развития ДТП. Превышение скорости на 1 км/ч приводит к увеличению ДТП на 3%; на 5 км/ч приравнивается к риску ДТП как при алкогольном опьянении легкой степени. При столкновении на скорости 80 км/ч – вероятность смерти в 20 раз выше, чем при 32 км/ч. Сбитый пешеход на скорости 30 км/ч выживает в 90% случаев, 45 км/ч – только в 50%. По оценкам, снижение скорости движения в Европе на 3 км/ч приведет к экономическому эффекту 20 млрд евро.

3. Принципы обеспечения дорожной безопасности

- Системный подход

Системный подход необходим по отношению ко всем составляющим безопасности дорожного движения. Необходимо принимать во внимание конструкцию и исправность транспортных средств, инфраструктуру дорог. Немаловажную роль должно играть развитие должной культуры поведения на дорогах водителей и пешеходов: кроме того, к системным мероприятиям относятся ограничительные и штрафные меры.

- Учет физики и психологии человека

Новый подход к обеспечению дорожной безопасности в Европе: безопасность основывается на использовании законов физики и психологии человека для анализа и предупреждения ДТП.

В соответствии с этим подходом фактором, ограничивающим безопасность дорожно-транспортной системы, является устойчивость человека по отношению к механическому воздействию. Когда толерантность человеческого тела превышена, результатом ДТП являются травма или смерть. Следовательно, компоненты дорожно-транспортной системы, включая дорожную инфраструктуру, транспортные средства и ограничительные меры, должны соответствовать друг другу и связываться между собой таким образом, чтобы иметь возможность приспособиться к вероятным ошибкам. Количество энергии в системе должно поддерживаться ниже критических уровней путем ограничения скорости.

При таком подходе риск травматизма и смерти рассматривается как функция доза-ответ, в которой травма является результатом взаимодействия механических сил. Превышение скорости или не соответствующая дорожным условиям

скорость являются основной причиной примерно трети всех серьезных ДТП и ДТП со смертельным исходом.

- При проектировании системы транспортной инфраструктуры необходимо учитывать возможные ошибки человека (как водителя, так и пешехода).

Многолетние исследования подтверждают, что, несмотря на хорошее образование и опыт, люди склонны совершать умышленные или непредумышленные ошибки при вождении транспортных средств.

Таким образом, аварий невозможно избежать полностью. Однако человеческие ошибки должны быть запрограммированы, и эта задача должна решаться в дорожном секторе.

Признание безопасности как неотъемлемого компонента дорожно-транспортной системы соответствует тому, что считается обязательным для других видов транспорта, например, для авиации и железных дорог. В большинстве секторов экономики, в которых учитывается возможность вероятных ошибок операторов и пользователей, разрабатываются соответствующие механизмы для предупреждения таких ошибок или сведения к минимуму их последствий.

- Интеграция с другими системами в единую политику

Интегрирование вопросов дорожной безопасности, вопросов охраны окружающей среды и других вопросов, связанных с охраной здоровья, в транспортную политику и политику землепользования является важным изменением существующей ситуации, когда эти вопросы рассматривались отдельно с использованием фрагментированного подхода.

Такая интеграция позволит властям:

- выявить и разрешить возможные конфликты и несоответствия на ранней стадии, когда еще имеется возможность принятия различных решений;
- добиться более эффективного использования ресурсов;
- повысить выгоду, когда какое-либо мероприятие позволяет решить и другие проблемы;
- добиться оптимизации, когда какое-либо мероприятие оказывает положительное влияние на один аспект и отрицательное – на другой, разрешив эту дилемму до того, как будет принято окончательное решение.

Качественный обзор различных видов транспортной политики, которые оказывают совместное влияние на неблагоприятные воздействия транспорта на здоровье, представлен таблице.

Примеры различных видов транспортной политики

	Снижение числа аварий	Уменьшение загрязнения воздуха	Снижение уровня шума	Физическая активность
Регулирование скорости	+	+	+	+
Плата за пользование дорогой	+	+	+	+

Более чистый бензин и более экономичный транспорт	-	+	-	-
Пропаганда передвижения на велосипеде и пешком	+	+	+	+
Менее опасные автомобили (специальные бампера для пешеходов и др.)	+	-	-	-
Организация парковки в городах	+	+	+	+
Снижение мощности транспортных средств	+	+	-	-

Интеграция различных видов политики в области дорожного движения на практике является задачей сложной. Она требует понимания и определения приоритетов, балансирования между различными интересами и целями, преодоления политических, организационных, экономических и финансовых препятствий, действий на уровне различных секторов (горизонтально) и на различных правительственных уровнях (вертикально).

В дополнение к согласованной политике и/или законодательному регулированию существуют другие способы, дающие гарантию, что отдельные мероприятия не противоречат друг другу и совпадают с национальными задачами и приоритетами: использование комплексной оценки методов, включая участие населения, для определения, как влияют на окружающую среду и здоровье транспорт и решения по планированию; и политическая воля, достаточное финансирование, институциональный и профессиональный потенциал.

Решение межотраслевых вопросов с центральными и местными государственными структурами предполагает адекватную организационную поддержку и адаптацию институциональных структур для того, чтобы облегчить распространение информации и координацию действий.

4. Международный опыт решения проблемы

Проблемам дорожной безопасности посвящено недостаточно работ. В научных исследованиях чаще рассматриваются системы, с помощью которых можно установить, что должно быть сделано, а не системы и механизмы, объясняющие, как это сделать. Хотя некоторые стратегии и средства продемонстрировали свою эффективность, остается неясным, почему они не используются шире, чем другие, и почему результаты мероприятий по повышению дорожной безопасности в Европейском регионе ВОЗ так сильно отличаются друг от друга.

Ответ на этот вопрос может состоять из нескольких компонентов. Во-первых, процесс внедрения часто слишком неповоротлив, изолирован от других мероприятий, поручен организациям с недостаточным финансированием; при этом ответственность четко не обозначена и мероприятия в основном направлены на осуществление регулирующих функций. Во-вторых, мало внимания уделяется анализу ошибок и уроков, полученных в процессе внедрения, а также адаптации

полученного опыта к различным условиям. В-третьих, динамика рынка и задачи, стоящие перед обществом, эффективно не изучаются.

Для более успешного принятия решений, связанных с проблемой дорожной безопасности, необходимо выполнение основных требований:

- поддержка со стороны политиков;
- уверенность в наличии руководящей силы в борьбе за безопасность дорожного движения (защитники дорожной безопасности);
- определение круга лиц и организаций, которые будут внедрять элементы выбранной политики в соответствии с поставленными перед ними задачами;
- обеспечение координации основных участвующих лиц и организаций;
- установление хорошо аргументированной взаимосвязи задачи целей и планов, организации процесса и финансирования;
- обеспечение самыми современными знаниями и информацией через информационную систему;
- систематический контроль и оценка выполнения планов и программ;
- наличие подготовленных в области дорожной безопасности профессионалов;
- привлечение целевых групп к процессу подготовки и осуществления политики: политических деятелей, администраторов, исполнителей, практиков дорожной безопасности, а также населения и пользователей дорог.

Пример. Для повышения дорожной безопасности во Франции в 2002г. были осуществлены действия по четырем направлениям:

- *повышение контроля за соблюдением правил дорожного движения;*
- *реформа разметки скоростных магистралей;*
- *повышение уровня безопасности транспортных средств;*
- *активизация деятельности всех действующих лиц.*

Все заинтересованные лица были привлечены к процессу, общей целью которого была заявлена борьба с причинами дорожных происшествий. Для достижения безопасности на дорогах степень политической ответственности возросла на всех уровнях. Например, отделения дорожной полиции были переименованы в отделения безопасности дорожного движения, им было выделено больше ресурсов. Контроль за соблюдением правил дорожного движения был упрощен путем изменений законодательства, разрешающих автоматический контроль скорости. Широкое использование камер слежения за скоростью привело к повсеместному повышению числа штрафов за превышение скорости. Это также способствовало снижению средней скорости движения и, что более важно, снижению числа аварий. Такое снижение аварийности было достигнуто также благодаря активизации борьбы с другими нарушениями, особенно с вождением в нетрезвом состоянии.

Предварительные данные 2003 года показывают, что за один год уровень ДТП снизился на 17,5, серьезных травм – на 19,4 и смертельных исходов – на 20,9% по сравнению с 2002 годом, хотя к этим оценкам следует подходить осторожно, поскольку данные относятся к очень короткому периоду времени. При этом ответственные лица отмечают, что борьба с дорожными авариями – это длительный процесс и что в 2003 году во Франции в результате ДТП погибли 5732 человека.

Значительный вклад в идентификацию факторов риска и разработку системных контрмер внес в начале 70-х годов Вильям Хэддон младший, разработавший матрицу, названную в его честь Матрицей Хэддона (таблица). Она представляет собой динамическую систему, в которой выделяются три последовательные во времени фазы ДТП – до аварии, во время аварии, после аварии, и эпидемиологическая триада – человек, машина, факторы окружающей среды, которые могут взаимодействовать во время каждой фазы. В каждый фактор, указанный в девяти клетках матрицы Хэддона, можно вмешаться для уменьшения травматизма во время аварии.

Матрица Хэддона была разработана с учетом потребностей транспортного сектора, однако стала популярной и в секторе здравоохранения. Она хорошо согласуется с подходом, принятым в здравоохранении при осуществлении профилактики: первичная соответствует возможности предупреждения аварии (фаза до аварии), вторичная – возможности смягчения последствий аварии (фаза во время аварии) и третичная (за которой следует реабилитация) – возможности спасения.

Матрица Хэддона

Фаза		Факторы, зависящие от		
		человека	транспортного средства и оборудования	окружающей среды
До аварии	Предупреждение аварии	Информированность Поведенческие установки Проблемы со здоровьем ГИБДД-контроль Соблюдение скоростного режима Соблюдение ПДД	Пригодность дороги. Освещение. Состояние тормозной системы. Качество управления автомобилем	Дизайн и разметка дороги. Ограничивающие знаки. Сооружения (светофоры, «лежачие полицейские») и устройства для пешеходов
Во время аварии	Предупреждение травматизма во время аварии	Использование ремней безопасности. Проблемы со здоровьем	Наличие ремней и подушек безопасности. Безопасное устройство автомобиля	Дорожные объекты, предотвращающие аварии
После аварии	Поддержание жизни	Навыки оказания первой помощи. Доступность медицинской помощи	Легкий доступ к месту происшествия. Риск возгорания	Наличие служб спасения. Наличие пробок на дорогах

Программа действий по повышению дорожной безопасности в Европе (European Road Safety Action Programme) ставит перед собой задачу уменьшить вдвое число жертв ДТП в странах Евросоюза к 2010 году и подтолкнуть эти страны приложить усилия, чтобы достичь, по крайней мере, такого же уровня безопасности, как в странах, добившихся наилучших показателей.

Программа действий для Евросоюза сфокусирована на следующих главных направлениях:

- улучшение поведения пользователей дорог путем ужесточения контроля за соблюдением правил дорожного движения, информационных кампаний и упорядочения условий получения водительских прав;
- повышение безопасности транспортных средств путем проведения технических инспекций, а также путем пассивного и активного повышения безопасности, включая ориентирование потребительского спроса, например, с помощью таких информационных программ, как Европейская программа оценки новых автомобилей (EuroNCAP);
- улучшение дорожной инфраструктуры путем использования таких программ оценки дорог, как Европейская программа оценки дорог (EuroRAP), которая предоставляет всем водителям Европы основанную на объективных критериях;
- информацию о безопасности на основных используемых ими дорогах;
- определение и распространение информации о наилучших методах путем создания технических руководств;
- улучшение сбора и анализа данных о ДТП и физических травмах;
- содействие проведению исследований и разработок для поиска решений на будущее;
- создание Наблюдательного совета по дорожной безопасности в Европе в рамках Европейской комиссии.

Программа рекомендует всем руководителям экономических, общественных и других представительных организаций присоединиться к Европейской хартии дорожной безопасности, члены которой обязуются содействовать всем мероприятиям по повышению дорожной безопасности.

Смертность и травматизм на дорогах можно предотвратить, и надежные доказательства эффективности мероприятий, которые могут быть применены на практике по всей Европе, существуют.

Кроме травматизма к отрицательным последствиям работы транспорта, преодоление которых требует целостного подхода, относятся: влияние на здоровье загрязнения воздуха, шума и недостатка физической активности, изменение климата, а также экономическая и политическая уязвимость общества из-за его все возрастающей зависимости от нефти.

Решение этих проблем требует политической воли, более серьезной вовлеченности здравоохранения, разработки новых превентивных стратегий, установления новых партнерств, усиления основанного на фактических данных вмешательства в ситуацию, а также более активного применения на практике механизмов, обеспечивающих безопасность дорожного движения.

Новое представление о безопасности дорожного движения сложилось на основе признания того факта, что аварий нельзя избежать (из-за ошибок человека) и что ДТП являются результатом сложного сочетания элементов включая поведение человека, транспортные средства и инфраструктуру. Следовательно,

проблема должна решаться путем разделения ответственности за безопасность между автомобилистами и организациями, отвечающими за дорожно-транспортные системы. Основу нового мышления составляют два положения: отказаться воспринимать смерть и тяжелые травмы как возможные исходы ДТП и рассматривать толерантность человека к механическим силам как центральный элемент дорожной безопасности; взглянуть на систему безопасности по-новому, как на функцию уязвимости человека, приспособить ее к человеческой ошибке и сделать безопасность основной составляющей работы дорожно-транспортных систем.

Все больше европейских стран успешно применяют новое мышление, которое в принципе применимо для всего мира.

Безопасность дорожного движения должна являться базовым аспектом надежной транспортной системы, фискальной и экономической политики, землепланирования и инвестиций в дорожную инфраструктуру. Такой подход раскрывает возможности для дополнительного положительного эффекта от мероприятий, изначально направленных на достижение других целей, расширяет арсенал средств для улучшения безопасности на дорогах и делает эти средства экономически оправданными. Включение безопасности в более широкий спектр проблем, отношение к безопасности как к одному из критериев оценки работы транспортных систем позволят улучшить безопасность дорожного движения наряду с решением проблем, связанных со здоровьем и охраной окружающей среды.

Неэффективные способы внедрения эффективных превентивных методов тормозят прогресс в достижении дорожной безопасности. Разработаны многочисленные модели и подходы, определяющие основные требования к обеспечению безопасности на дорогах. К таким требованиям относятся: обеспечение руководства и политической воли, подтверждение надежности всех заинтересованных сторон и координация их действий; установление взаимосвязей между целями, планами, организацией мероприятий и финансированием; использование и распространение методов наилучшей практики; проверка и систематическая оценка практического освоения программ по безопасности на дорогах; создание потенциала (мощностей, условий) для обеспечения дорожной безопасности, а также вовлечение всех заинтересованных сторон и целевых групп в разработку и осуществление действий по обеспечению безопасности на дорогах.

Однако для обеспечения эффективных изменений государственный сектор должен обозначить приоритеты в улучшении дорожной безопасности на основе политических решений. Реальное улучшение ситуации требует ясной, выраженной политической воли.

Комплексное взаимодействие всех участников является основным камнем преткновения на пути прогресса и внедрения. Необходимо уделять больше внимания поиску механизмов, которые позволят учитывать различные, часто расходящиеся интересы, решая общие задачи обеспечения дорожной безопасности и спасения жизней. Примерами таких действий являются проекты EuroNCAP и EuroRAP и государственная закупка безопасных транспортных продуктов и транспортных услуг.

Создание общего представления о желаемом уровне безопасности дорожно-транспортной системы признано наиболее важным моментом для объединения разных действующих лиц в их стремлении взять на себя моральные

обязательства оберегать жизнь и здоровье пользователей дорожно-транспортной системы.

Использование количественных, ограниченных определенным промежутком времени целей, прогресс в достижении которых можно оценить, будет в наибольшей степени способствовать внедрению стратегий дорожной безопасности и планов действий.

Средства, вложенные в социальную ответственность, включают в себя: информирование потребителей о характеристиках безопасности различных транспортных средств, переговорный процесс и производственные инициативы, экономическое стимулирование, гарантии качества, страховые премии, гарантии безопасности и надежности, ответственность производителя за качество и безопасность продукции.

Более того, выделение дорожной безопасности в одно из основных направлений деятельности различных организаций и ведомств, например путем объединения с другими целями транспортной политики и политики землепользования, является возможностью совместных действий и создания новых партнерств; эта возможность использовалась недостаточно. Процессы, которые происходят сейчас на международном уровне, дают возможность для более активных и согласованных действий по сокращению смертности и травматизма в ДТП.

Объединенные методы и средства могут рассматриваться как элементы, составляющие исчерпывающее пособие по безопасности на дорогах, из которого правительства могут выбирать блоки, наиболее соответствующие специфическим условиям и стратегиям их стран.

Такие международные организации, как ВОЗ, Экономическая комиссия ООН для Европы, Европейская конференция министров транспорта, Организация экономического сотрудничества и развития, Европейский союз, Всемирный банк, Европейский банк реконструкции и развития, Европейский инвестиционный банк, а также международные агентства по развитию, работающие в Европейском регионе, играют заметную роль в пропаганде и защите, создании мощностей, распространении информации и включении дорожной безопасности в число основных задач своей политики.

В дополнение к поддержке внедрения доказавших свою эффективность методов, а также к созданию и контролю за выполнением правовых норм международные организации должны усиленно способствовать более широкому использованию новых способов и процессов по улучшению дорожной безопасности, в том числе устранению на пути их внедрения любых правовых и политических барьеров.

Деятельность неправительственных организаций, работающих в сфере безопасности на дорогах, может быть очень эффективной в повышении политической значимости этой проблемы.

Здравоохранение должно играть основную роль в реализации планов и целей по достижению безопасности на дорогах. В дополнение к надзору за травматизмом и предоставлению медицинской помощи после аварий сектор здравоохранения должен сделать дорожную безопасность центральной задачей, расширив и повысив свою роль, определяя и изучая появившиеся недавно новые сферы приложения сил.

Правительства в своих политических заявлениях должны рассматривать предотвращение смертности и травматизма в ДТП как первоочередную задачу и мобилизовать все ресурсы и политическую волю для ее выполнения. Во Всемирном докладе о предотвращении дорожно-транспортного травматизма дается шесть основных рекомендаций по усовершенствованию системы дорожной безопасности на глобальном уровне:

1. Определите, какие силы в правительстве будут проводить политику совершенствования дорожной безопасности в стране.
2. Оцените масштаб проблемы, проводимую политику и институциональные ресурсы, относящиеся к дорожному травматизму, а также потенциал каждой страны, необходимый для предупреждения дорожного травматизма.
3. Разработайте национальную стратегию дорожной безопасности и план действий.
4. Выделите финансовые и людские ресурсы для решения поставленной задачи.
5. Проведите мероприятия, направленные на предупреждение аварий, минимизацию травматизма и его последствий и оцените результат проделанной работы.
6. Поддержите развитие национального потенциала и международного сотрудничества.

5. Рекомендации для упрощения внедрения глобальных стратегий в Европейском регионе ВОЗ

Рекомендация 1. Усиление и расширение роли здравоохранения как лидера в борьбе за безопасность на дорогах.

Сектор здравоохранения должен стать лидером в решении вопросов, связанных с безопасностью на дорогах, рассматривая безопасность как одно из основных направлений своей деятельности. Таким образом, будет выполняться миссия здравоохранения, заключающаяся в защите права человека на здоровье, и будет обеспечена возможность включения дорожной безопасности как в число основных задач других секторов, так и в программу деятельности здравоохранения. Для того чтобы взять на себя роль такого лидера, оставшись на главной позиции в надзоре за травматизмом и в области оказания помощи после ДТП, сектору здравоохранения необходимо:

- стать главным борцом за безопасность на дорогах – отстаивать развитие безопасных транспортных систем, исключая случаи смерти и серьезных травм, которые не являются неизбежными; поддерживать внедрение эффективных превентивных методов; поддерживать усилия транспортного сектора в установлении безопасных пределов скорости и их контроля;
- предоставлять информацию, основанную на фактических данных, – создавать информационные системы по травматизму на основе данных медицинских учреждений и способствовать поддержанию связи и согласованным действиям между различными источниками информации; определять подходящие индикаторы для мониторинга различных факторов риска; оценивать, во что обходится обществу травматизм на

- активно действовать в области повышения спроса на безопасность – вести себя как ответственный работодатель, пользователь и покупатель транспортных услуг; отвечать за качество предоставляемых медицинских услуг и гарантировать, что все связанные с работой поездки и транспортные услуги третьих сторон безопасны; поддерживать безопасное состояние транспорта и безопасные условия при необходимости перевозки на автомобиле, стимулировать партнеров из всех секторов действовать в соответствии с этими же принципами; а также предоставлять пациентам возможность безопасно добираться до медицинских учреждений, используя более здоровые и безопасные виды и способы передвижения, например городским транспортом, на велосипеде или пешком;
- взять на себя ведущую роль в проведении исследований и внедрении новых достижений – совершенствовать доказательную информационную базу для методов лечения травм и реабилитации и разрабатывать руководства по их внедрению; исследовать влияние еще не полностью понятых факторов риска, особенно влияния возрастных изменений, усталости, приема лекарств и рекреационных наркотиков и взаимодействие этих факторов; а также создавать более серьезную базу для эффективных медицинских исследований и выработки критериев физических и психических состояний, которые позволяют адекватно оценить, может ли человек вести машину;
- сделать дорожную безопасность главным направлением деятельности других секторов и пунктом повестки дня общественного здравоохранения – продолжать разработку и пропагандировать использование интегрированных связей с другими, относящимися к безопасности процессами в сфере общественного здоровья; содействовать разработке целевых установок дорожной безопасности, которые необходимы для установления приемлемого уровня безопасности.

Рекомендация 2. Совершенствование механизмов и методов внедрения.

Неэффективные процессы внедрения и недостаток политической воли влияют на уровень безопасности дорожного движения намного сильнее, чем недостаток знаний об эффективных превентивных стратегиях. Для того чтобы определить, какие нужны действия и перемены для преодоления несогласованности между конкурирующими программами, дублирования и частичного совпадения обязанностей различных организаций, необходимо критически проанализировать стратегии, организацию учреждений, механизмы внедрения и имеющиеся возможности для улучшения безопасности на дорогах. Правительству должна принадлежать в этом особая роль:

- определять долгосрочную стратегию организации безопасных дорожно-транспортных систем, которая может найти поддержку у различных участников процесса;
- обеспечивать общественную и политическую поддержку превращения безопасности дорожного движения в ключевой параметр организации дорожно-транспортных систем;
- обеспечивать средствами для создания и внедрения механизмов, которые позволят различным интересам объединиться для достижения общей цели обеспечения безопасности дорожного движения и спасения жизней, а также средствами достижения этих задач;
- пропагандировать политическую интеграцию и интеграцию различных учреждений по различным стратегиям, особенно стратегиям, влияющим на управление транспортом и планирование землепользования;
- создавать механизмы сотрудничества с различными, соприкасающимися с проблемой безопасности секторами (здравоохранения, охраны окружающей среды, юстиции и образования), в том числе пропагандировать использование средств внедрения;
- выявлять возможность сотрудничества и стремиться к синергизму в действиях, направленных на другие цели, связанные с устойчивым развитием и общественным здоровьем;
- устанавливать связи между государственными стратегиями в области безопасности дорожного движения и другими относящимися к этой проблеме мероприятиями и процессами.

Рекомендация 3. Рассматривать скорость как важнейшую детерминанту безопасности дорожно-транспортных систем.

Из всех факторов риска и механизмов, участвующих в ДТП, скорость в момент аварии, по сути, является особым и самым важным детерминантом тяжести аварии.

Кроме того, люди склонны совершать ошибки. Существует ряд мер, эффективность которых доказана, способных помочь предупредить аварию путем контроля кинетической энергии в момент столкновения и смягчения тяжести ударного эффекта после аварии.

Правительства должны:

- гарантировать, что в случае аварии при различных условиях дорожного движения уровень скорости остается ниже уровня, который может вызвать смерть или тяжелую травму;
- проводить активную работу по превращению дорожной безопасности в основной элемент дорожно-транспортной системы, в рамках которой взаимодействуют транспортные средства, составляющие ее инфраструктуры и пользователи;
- обеспечивать предоставление соответствующих ресурсов для этой цели;
- отдавать предпочтение мероприятиям, направленным на группы населения повышенного риска: детей, молодых людей и других уязвимых пользователей дорог.

Рекомендация 4. Усиление роли международных организаций в предупреждении травматизма на дорогах.

Усиление роли сектора здравоохранения, совершенствование механизмов развития и реконструкции дорожно-транспортной системы в свете повышения безопасности требуют развития технических и институциональных мощностей, которые могут справиться с необходимыми изменениями в регулировании, а также административных и институциональных изменений и приобретения новых профессиональных навыков.

Международным организациям может принадлежать важная роль в поддержке усилий правительств по внедрению мероприятий, обещающих быть эффективными, и в обеспечении технической поддержки для создания систем усиленного контроля за соблюдением дорожной безопасности. Они могут также помочь в расширении и совершенствовании системы профессионального обучения, в том числе путем поддержки объединений специалистов из различных секторов (транспортного, здравоохранения, юстиции, образования) на национальном и международном уровне, а также двухсторонних и многосторонних связей для создания необходимых условий и потенциала. В частности, такие международные организации, как Евросоюз, ВОЗ, Организация экономического сотрудничества и развития, Европейская конференция министров транспорта и Экономическая комиссия ООН для Европы, должны сконцентрироваться на действиях, которые помогут:

- облегчить внедрение и стимулировать использование новых механизмов и процессов, в том числе устранением юридических и политических препятствий для некоторых;
- поддержать развитие принципов наилучшей практики для механизмов обеспечения безопасности на дорогах и предоставить помощь в распространении, адаптации и проведении пилотных исследований на всей территории Европейского региона ВОЗ, делая особый акцент на задачу преодоления разрыва между странами северной и южной Европы, а также между странами западной и восточной Европы;
- повышать совместимость и согласованность между различными информационными системами и наборами данных для облегчения международных сравнений и обмена информацией.

Международные доноры и международные финансовые организации, такие, как Всемирный банк, Европейский банк реконструкции и развития, Европейский инвестиционный банк, доноры и агентства по развитию, работающие в Европейском регионе, должны поддерживать:

- внедрение программ по наращиванию мощностей;
- распространение наилучшей практики и исследований случаев;
- проведение профессиональных и академических программ по обмену;
- разработку политики и технических исследований для оценки возможности адаптации новых подходов к дорожной безопасности в странах с различными экономическими, политическими и социальными условиями;
- включение безопасности на дорогах в число основных направлений развития транспортной системы, ставя финансирование проектов, связанных с развитием транспортной инфраструктуры, землепользованием и землепланированием в зависимость от повышения уровня дорожной безопасности.

Список использованной литературы

1. Roberts I. Injury and globalisation. *Injury Prevention* (in press).
2. Roberts I, Marshall R, Norton R. Child pedestrian mortality and traffic volume in New Zealand // *British Medical Journal*. 1992. 305.283.
3. Roberts I, Crombie I. Child pedestrian deaths: sensitivity to traffic volume – evidence from the USA // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1995. 49.186–188.
4. Integrating environment and sustainable development into energy and transport policies: review report 2001 and implementation of the strategies. Brussels: European Commission, 2001 (http://europa.eu.int/comm/energy_transport/en/envir_integr_en.html, accessed 1 February 2004).
5. Memorandum to the Commission on the policy guidelines of the White Paper on a common transport policy. Brussels: European Commission, 2001.
6. Term 2002: paving the way for EU enlargement – indicators of transport and environment integration. Copenhagen: European Environment Agency, 2002 (Environmental Issue Report No. 32; http://reports.eea.eu.int/environmental_issue_report_2002_24/en, accessed 1 February 2004).
7. Congestion charging: update on scheme impacts and operations February 2004. London, Transport for London (<http://www.tfl.gov.uk/tfl/downloads/pdf/congestion-charging/cc-12monthson.pdf>, accessed 17 February 2004).
8. Greenhouse gas emission trends and projections in Europe: final draft. Copenhagen: European Environment Agency, 2003 (Environmental Issue Report №.36;http://reports.eea.eu.int/environmental_issue_report_2003_36/en, accessed 1 February 2004).
9. European Environment Agency. Europe's environment: the third assessment. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2003 (Environmental Assessment Report №).
10. Предупреждение дорожно-транспортного травматизма: перспективы здравоохранения в Европе Франческа Рачиоппи, Ларс Эрикссон, Клаес Тингвалл, Андрес Вильявесес

Лекция 4. Питание: здоровое питание – важный фактор улучшения здоровья и качества жизни

План лекции

1. Актуальность темы.
2. Проблема здорового питания на современном этапе.
3. Нормативные документы по улучшению политики в области здорового питания
4. Рекомендации по формированию здорового питания.

1. Актуальность темы

Здоровое питание – один из ключевых элементов улучшения здоровья и благополучия людей. **Здоровое (рациональное) питание** – это питание, обеспечивающее рост, нормальное развитие и жизнедеятельность человека, способствующие укреплению его здоровья и профилактике заболеваний. Рациональное питание – одна из главных составляющих частей здорового образа жизни. Для обеспечения нормальной жизнедеятельности организма в состав пищи обязательно должны входить вещества, называемые незаменимыми факторами питания. Их химические структуры, не синтезирующиеся ферментными системами организма, необходимы для нормального обмена веществ. К незаменимым факторам питания относятся незаменимые аминокислоты, витамины, микроэлементы.

Основные принципы рационального питания:

1. Соответствие энергетической ценности пищевого рациона энергетическим затратам организма.
2. Соответствие химического состава пищевых веществ включая витамины и минералы физиологическим потребностям организма.
3. Разнообразиие пищевого рациона.
4. Соблюдение оптимального режима питания – регулярность, кратность и чередование приемов пищи.

Только соблюдение всех принципов делает питание полноценным, что способствует сохранению и укреплению здоровья, продлению активного долголетия, повышению, сопротивляемости, связанной с влиянием неблагоприятных внешних и внутренних факторов воздействий .

Правильное питание играет огромную роль на каждом этапе развития организма. *Питание беременной женщины* оказывает значительное влияние на плод. Несбалансированный, бедный по содержанию основных питательных веществ, витаминов и минералов (например, фолиевой кислоты или йода) рацион

может привести к рождению детей с низкой массой тела или врожденными пороками развития, а также к осложнениям беременности.

Питание новорожденных детей и детей раннего возраста оказывает влияние на здоровье в последующие годы развития. Недостаток белка, витаминов, макро- и микроэлементов (кальция, железа, йода) приводит к задержке развития ребенка, риску возникновения инфекционных болезней, анемии и т.д.

Пищевой рацион подростков должен быть сбалансированным и полноценным и удовлетворять энергетические потребности организма, связанные с бурным ростом и физическим развитием.

Для взрослых людей пища имеет огромное значение, прежде всего, для нормальной жизнедеятельности организма, а также для профилактики развития ряда заболеваний, обострений имеющихся хронических процессов и сохранения здоровья в пожилом возрасте.

Для обеспечения населения здоровым питанием качественные и недорогостоящие продукты должны быть доступны для всех слоев населения. Социальные и экономические условия приводят к социальному расслоению общества по качеству питания и как результат - по состоянию здоровья. Основное социальное классовое различие - в источниках питательных веществ. Слои населения с низким уровнем жизни употребляют более дешевые полуфабрикаты вместо свежей пищи, поэтому в этой среде продолжают расти заболевания, связанные с дефицитом витаминов, аминокислот, минералов, и как результат – снижение на этом фоне иммунитета, а значит, наблюдается рост инфекционных заболеваний.

Технический прогресс и индустриализация привели к изменению образа жизни человека, особенно в экономически развитых странах, в частности, к снижению физической активности, злоупотреблению пищи с высоким содержанием жиров и углеводов, обильному питанию в вечернее и ночное время. Продвижение на рынке высококалорийных продуктов, реклама кока-колы, пива, продуктов «fast food» или быстрой пищи (хот-дог, гамбургер и т.д.) привели к появлению термина кокаколизация населения. Результатом изменения образа жизни стал рост неинфекционных заболеваний, в основе которых лежит избыточная масса тела.

Уровень осведомленности населения в вопросах здорового питания остается низким. Высока популярность продуктов, содержащих красители, ароматизаторы, консерванты, модифицированные компоненты, различные добавки. Повышение спроса на продукты быстрого приготовления (особенно у школьников и студентов) обусловлено низкой культурой населения в области здорового питания. Информирование населения о том, как сделать питание более здоровым, рациональным, профилактическим, оздоровительным, и обеспечение доступности соответствующих продуктов для всех слоев населения являются актуальными задачами нашего времени.

2. Проблема здорового питания на современном этапе

В XXI веке человечеству в большей мере угрожают болезни и смерть от чревоугодия, чем от голода. Избыточная масса тела и ожирение наиболее распространены в США, Канаде, Германии (около 63% населения страдает избыточной массой тела), во втором ряду стоят Англия, Италия и Франция (32%),

на последнем месте среди развитых стран находится Япония (2%). Статистические данные России сопоставимы со статистикой США. Избыточную массу в России имеет каждый второй, а ожирением страдают 40% женщин и 20% мужчин. Питание современного человека становится основным «фактором риска» развития многих заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринной патологии, развития заболеваний сердечно-сосудистой системы и онкологических процессов. В 1989 году N.Karlan описал «смертельный квартет», включив в него ожирение, артериальную гипертонию, сахарный диабет, повышение жиров в крови, т.к. нередко данные заболевания встречаются у одного больного. В медицинской терминологии «этот квартет» называют метаболическим синдромом. Эксперты ВОЗ относят ожирение к первому ряду потенциально устранимых факторов риска смерти. Снижение массы на 5 кг снижает риск преждевременной смерти на 20%. В развитых странах суммарные расходы на лечение ожирения составляют 10% всех расходов на здравоохранение. Например, в США на ожирение, как социальную проблему, тратится около 70 млрд долларов в год. По данным наших эпидемиологических исследований, в Чувашии распространенность ожирения составляет около 32% среди женщин, 15 - у мужчин, однако избыточная масса тела встречается практически у каждой второй женщины (особенно ожирение распространено у педагогов, бухгалтеров, а также жителей Присурского субрегиона Чувашии).

Для региона Чувашской Республики характерен постоянный дефицит такого важного микроэлемента, как йод. Спектр йоддефицитных заболеваний весьма широк, наиболее серьезные встречаются у детей (врожденные пороки развития, врожденный гипотиреоз, кретинизм, нарушения умственного, физического и полового развития). Йоддефицитные заболевания являются серьезной проблемой здравоохранения во многих регионах мира. Согласно данным ВОЗ, 1570 млн человек (30% населения мира) имеют риск развития йоддефицитных заболеваний, в том числе более 500 млн проживают в регионах с тяжелым дефицитом йода и высокой распространенностью эндемического зоба. Около 20 млн человек в мире имеют умственную отсталость вследствие дефицита йода. По данным Министерства здравоохранения ЧР, распространенность болезней щитовидной железы, одной из главных причин которых является йоддефицит, за последние три года увеличилась на 10,4 и составила в 2003 году 40,9% на 1000 населения. Несмотря на проводимые мероприятия по ликвидации йоддефицита на территории Чувашии, которая относится к регионам со средним уровнем дефицита йода, уровень экскреции йода с мочой (как показатель содержания йода в организме) у школьников остается низким, по сравнению с Нижегородской областью и Республикой Татарстан.

Много проблем возникает с питанием детей школьного возраста. Исследования специалистов свидетельствуют о том, что низкое качество приготовляемых блюд, поставка недоброкачественных продуктов питания, несоблюдение работниками школьных столовых санитарно-гигиенических требований сказываются на состоянии здоровья учащихся. Среди детей дошкольного возраста и учащихся общеобразовательных школ увеличилась заболеваемость болезнями органов пищеварения, функциональными расстройствами желудка, анемией, сахарным диабетом, имеет место тенденция к росту числа детей с отставанием физического развития. За прошедшие 5 лет распространенность ожирения и язвенной болезни среди детей в Чувашии

возросла на 100, анемию – почти на 40%. Одним из факторов, способствующих росту заболеваний желудочно-кишечного тракта, является низкое качество школьного питания. В связи со слабой материально-технической базой пищеблоков, нарушениями технологии приготовления блюд и санитарно-противоэпидемического режима за последние три года в детских организованных коллективах зарегистрировано 7 вспышек острых кишечных заболеваний с числом пострадавших 204 человека. Такое положение свидетельствует о том, что органы образования, здравоохранения, местного самоуправления не уделяют должного внимания вопросам организации питания детей, разработке и реализации планов мероприятий по охране здоровья детей, не предъявляют требования к торговым организациям, образовательным и лечебно-профилактическим учреждениям по улучшению питания детей. В образовательных учреждениях не выполняются натуральные нормы питания по основным продуктам питания. Анализ рациона питания школьников показывает, что его фактическая энергетическая ценность занижена в 4-5 раз, в питании преобладают блюда из макаронных и крупяных изделий, занижено потребление биологически значимых для организма продуктов питания: по мясу - в 4-5, по молочным продуктам - в 3-5 раз. Не организовано диетическое питание для учащихся с патологией органов пищеварения, не проводятся в полном объеме профилактика йоддефицитных состояний у детей и "С"- витаминизация блюд. В ряде территорий снизилось количество учащихся, получающих горячее питание в течение всего учебного дня.

У большинства населения России выявлены нарушения полноценного питания, обусловленные как недостаточным потреблением пищевых веществ, в первую очередь витаминов, макро- и микроэлементов (кальция, йода, железа, фтора, селена и др.), полноценных белков, так и нерациональным их соотношением.

Нарушения полноценного, рационального питания вызваны как кризисным состоянием производства продовольственного сырья и пищевых продуктов, так и резким снижением покупательной способности большей части населения страны. Остро стоит проблема качества пищевых продуктов и продовольственного сырья. Весьма низок уровень образования населения в вопросах здорового, рационального питания.

В то же время информированность населения о важности сбалансированного и рационального питания как атрибута здорового образа жизни растет. Так, по данным социологического опроса жителей Чувашской Республики, проведенного в 2004 году, из факторов, влияющих на здоровье, первое место заняло правильное питание.

3. Нормативные документы по улучшению политики в области здорового питания

Концепция государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года (одобрена постановлением Правительства РФ от 10 августа 1998 г. № 917).

[Извлечение]

Под государственной политикой в области здорового питания понимается комплекс мероприятий, направленных на создание условий, обеспечивающих

удовлетворение потребностей различных групп населения в рациональном, здоровом питании с учетом их традиций, привычек и экономического положения, в соответствии с требованиями медицинской науки.

А. Основные принципы государственной политики в области здорового питания

Государственная политика в области здорового питания населения основывается на следующих принципах:

- а) здоровье человека - важнейший приоритет государства;
- б) пищевые продукты не должны причинять ущерб здоровью человека;
- в) питание должно не только удовлетворять физиологические потребности организма человека в пищевых веществах и энергии, но и выполнять профилактические и лечебные задачи;
- г) рациональное питание детей, как и состояние их здоровья, должно быть предметом особого внимания государства;
- д) питание должно способствовать защите организма человека от неблагоприятных условий окружающей среды.

Государственная политика в области здорового питания населения строится на основе постоянного наблюдения за состоянием питания и здоровья и прогнозов развития науки и техники в области производства сельскохозяйственного сырья, пищевых продуктов. Фундаментальные и прикладные научные исследования развиваются опережающими темпами в наиболее перспективных направлениях, расширяют познания человека о его потребностях в пищевых веществах и энергии, о свойствах сырья и продуктов, создают технологическую основу для совершенствования процессов производства продовольствия и являются важнейшим фактором государственной политики.

Б. Основные направления государственной политики в области здорового питания

Определены следующие направления государственной политики в области здорового питания населения:

1) В области формирования нормативной базы предусматривается совершенствование этой базы, регулирующей производство, хранение, транспортирование, сбыт, реализацию, качество и безопасность продовольственного сырья и пищевых продуктов, повышающей заинтересованность отечественных предприятий в увеличении объемов производства и повышении качества продовольствия;

2) В области производства продовольственного сырья необходимо осуществить меры по:

развитию интегральных систем ведения земледелия, созданию высокопродуктивных и экологически сбалансированных агроэкосистем, обеспечивающих значительное повышение урожайности сельскохозяйственных культур и продуктивности животных;

проведению исследований в области трансгенных форм растений и животных и созданию на их основе новых сортов и гибридов, пород и линий с

высокой устойчивостью к экстремальным условиям среды, обеспечивающих стабильное производство качественного сырья для нужд человека;

разработке нового поколения диагностических и лечебных препаратов для борьбы с распространенными болезнями сельскохозяйственных животных, в том числе вирусного происхождения;

разработке новых технологий и технических средств для увеличения производства сбалансированных кормов для животноводства;

выделению экологически чистых зон, обеспечивающих сырьем в первую очередь предприятия по производству детских пищевых продуктов;

совершенствованию экономического механизма природопользования, направленного на экологическое оздоровление природной среды и сельскохозяйственных угодий;

3) В области производства пищевых продуктов предусматривается:

а) совершенствование биотехнологических процессов переработки сельскохозяйственного сырья, включая:

получение новых видов пищевых продуктов общего и специального назначения с использованием ферментных препаратов и биологически активных веществ;

использование побочного сырья пищевой и перерабатывающей промышленности для производства полноценных продуктов питания и высококачественных кормов для животноводства;

б) создание технологий производства качественно новых пищевых продуктов с направленным изменением химического состава, соответствующим потребностям организма человека, в том числе:

продуктов питания массового потребления для различных возрастных групп населения;

продуктов лечебно-профилактического назначения для предупреждения различных заболеваний и укрепления защитных функций организма, снижения риска воздействия вредных веществ, в том числе для населения, проживающего в зонах экологически неблагоприятных по различным видам загрязнений;

продуктов питания для военнослужащих и групп населения, находящихся в экстремальных условиях;

в) создание отечественного производства витаминов, минеральных веществ, микроэлементов и других пищевых веществ в объемах, достаточных для полного обеспечения населения, в частности путем обогащения ими пищевых продуктов массового потребления;

г) организация крупнотоннажного производства пищевого белка и белковых препаратов, предназначенных для обогащения пищевых продуктов;

д) совершенствование систем хранения продовольствия на всем пути продвижения сырья и готовой продукции от поля или фермы до потребителя, обеспечивающих сохранение качества и снижение потерь полезной продукции;

4) В области профилактики алиментарно-зависимых состояний и заболеваний требуются разработка и реализация комплексных программ, обеспечивающих:

ликвидацию существующего дефицита витаминов, макро- и микроэлементов (железа, кальция, йода, фтора, селена и др.) в первую очередь в экологически неблагоприятных регионах;

профилактику распространенных неинфекционных заболеваний (гипертонической болезни, нарушения обмена веществ, онкологических заболеваний и др.);

повышение уровня образования специалистов в области науки о питании, а также населения в вопросах здорового питания с широким привлечением средств массовой информации;

расширение производства биологически активных добавок к пище;

5) В области обеспечения безопасности пищевых продуктов и продовольственного сырья намечается:

максимальное сохранение пищевой ценности и качества производимых продуктов за счет применения современных технологий и оборудования, исключающих возможности бактериального, химического и физического загрязнения;

совершенствование нормативно-методической базы государственного надзора за качеством и безопасностью пищевых продуктов и продовольственного сырья в целях контроля условий производства, закупки, поставки, транспортирования, хранения и реализации продукции;

наблюдение за объектами окружающей среды (почва, вода, воздух);

создание современной инструментальной и аналитической базы контроля качества и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов;

6) В области формирования у населения навыков здорового питания предусматриваются меры по:

ликвидации информационного дефицита в вопросах культуры питания и разработке программ обучения для специалистов, работающих в области медицины, образования, общественного питания, производства и переработки пищевых продуктов;

созданию образовательных программ для населения;

внедрению современных компьютерных систем сбора, хранения и обмена информацией, включая использование глобальных сетей;

созданию информационно-издательских программ;

7) В области рационализации детского питания намечается решение следующих задач:

разработка и реализация комплексной программы поддержки грудного вскармливания;

обеспечение детей раннего возраста специализированными продуктами;

обеспечение больных детей специализированными продуктами лечебного питания;

организация в установленном порядке горячего питания детей в учреждениях общего образования;

8) В области разработки медицинских аспектов здорового питания необходимо предусмотреть следующие меры:

осуществление постоянного наблюдения за состоянием питания, пищевым статусом, распространенностью алиментарно-зависимых заболеваний и состоянием здоровья различных групп населения в регионах Российской Федерации;

уточнение потребностей различных возрастных групп населения в пищевых веществах и энергии, разработка на их основе рекомендаций по питанию;

подготовка кадров в различных областях науки о питании в учебных заведениях медицинского и пищевого профиля;

9) В области обеспечения доступности пищевых продуктов для малоимущих слоев населения важно создать систему выявления нуждающихся в адресной помощи и разработать различные виды этой помощи, в том числе продуктами, обогащенными незаменимыми факторами и биологически активными добавками, а также механизм и методические подходы ее реализации.

В. Механизм реализации государственной политики в области здорового питания

Основными элементами механизма реализации государственной политики в области здорового питания населения являются следующие:

государственный контроль за качеством сельскохозяйственного сырья и готовой продукции на стадиях производства, транспортирования, хранения и сбыта в соответствии с законодательством Российской Федерации;

выбор и оценка приоритетных направлений развития науки и техники в сфере производства и потребления продовольствия, формирование федеральных и региональных целевых, научно-технических и других программ, предусматривающих научно-технические и технологические решения по приоритетным проблемам питания, разработку принципиально новой техники и технологий, способных коренным образом повлиять на структурные изменения в сфере производства продовольствия, витаминов и пищевых добавок;

опережающее развитие фундаментальных исследований в перспективных направлениях производства и потребления продовольствия;

проведение постоянной пропаганды принципов здорового питания на основе современных требований медицинской науки;

совершенствование государственной системы стандартизации и сертификации продовольственного сырья, пищевых продуктов, добавок и производств, приведение ее в соответствие с требованиями международной практики;

создание системы анализа и оценки информации о достижениях и тенденциях развития отечественной и зарубежной науки и техники в области здорового питания и производства качественных пищевых продуктов и добавок, подготовки прогнозно-аналитических материалов, используемых для формирования и эффективного проведения государственной политики;

развитие системы подготовки и переподготовки кадров всех уровней в области сельскохозяйственного производства, пищевых технологий и гигиены питания.

▪ Постановление правительства Российской Федерации от 5 октября 1999 г. № 1119 «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода».

В целях профилактики заболеваний, связанных с дефицитом йода, Правительство Российской Федерации п о с т а н о в л я е т :

Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

в региональных программах по реализации Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на

период до 2003 года предусмотреть мероприятия по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов;

принять меры по насыщению рынка продовольственных товаров поваренной пищевой йодированной солью и по снабжению детских дошкольных, образовательных, образовательно-оздоровительных и санаторно-оздоровительных учреждений йодированными продуктами питания;

организовать среди населения широкую разъяснительную работу по вопросам профилактики заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов, с использованием средств массовой информации.

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 декабря 1999 г. № 444 «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов», подчеркивает необходимость создания системы учета йоддефицитных заболеваний, системы надзора за содержанием йода и других микронутриентов в пищевых продуктах и биосредах человека, а также необходимость налаживания бесперебойного снабжения йодированной солью образовательных учреждений, предприятий, лечебных учреждений.

- Постановление Кабинета Министров ЧР от 3 июля 2001 г. N 153 «О плане первоочередных мероприятий по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов в ЧР».

- Постановление Кабинета Министров ЧР от 18 января 1999 года N 8 «О программе улучшения питания детей в ЧР». В программе определена цель - улучшение питания детей и состояния их здоровья, укрепление материально-технической базы образовательных и лечебно-оздоровительных учреждений, развитие индустрии детского питания в Чувашской Республике. Основными направлениями программы являются: разработка и принятие нормативно-правовых актов по вопросам организации питания детей, осуществление мониторинга состояния здоровья детей, разработка и утверждение ориентировочного перечня продуктов, рекомендованных детям с учетом возраста, состояния здоровья, региональных условий питания, материально-техническое и финансовое обеспечение организации питания детей, разработка мероприятий по укреплению материально-технической базы пищеблоков и столовых образовательных и лечебно-оздоровительных учреждений, разработка и проведение мероприятий по улучшению питания детей в образовательных учреждениях, обеспечение, охват всех учащихся общеобразовательных школ горячим питанием, развитие индустрии детского питания, расширение сети детских молочных кухонь и ассортимента продуктов детского питания, вырабатываемых ими, подготовка врачей-диетологов, повышение квалификации педагогических и медицинских работников по вопросам организации питания детей, пропаганда культуры питания детей и вопросов организации питания, освещение в средствах массовой информации основ рационального питания и здоровья детей.

- Приказ Министерства здравоохранения ЧР № 146 от 01.04.02 о создании Центра здорового питания (на базе Государственного учреждения здравоохранения «Республиканский центр лечебной физкультуры и спортивной

Задачами Центра являются:

- изучение уровня информированности населения и медицинских работников в вопросах здорового питания; характеристик питания и пищевых привычек населения;

- разработка и внедрение в практику методических рекомендаций для медицинских работников, информационно-образовательных обучающих программ для населения по вопросам здорового питания;

- организация обучения населения и обеспечения медицинских работников информацией для работы на местах с целью профилактики алиментарно-зависимых заболеваний и состояний, микронутриентной недостаточности, коррекции нарушений физического развития, различных неинфекционных заболеваний по возрастным группам.

- Концепция охраны здоровья населения ЧР на 2004-2010 годы (утверждена Указом Президента ЧР от 18.06.04 № 65). В разделе факторы, определяющие здоровье, широко изложена проблема здорового питания. В частности, констатируется, что в 2003 году 11,45% проб продукции из овощей не отвечали гигиеническим требованиям, жировые растительные продукты - 10,1, молоко и молочные продукты – 7,2. Среди биологических факторов загрязнения преобладают бактерии, вирусы, паразиты. Опасность для здоровья представляют также случайные химические загрязнения и фальсификация продуктов. При рассмотрении проблем, связанных с образом жизни, отмечено, что питанию с древних времен придавалось большое значение. Еще Гиппократ говорил: «Скажи мне, что ты ешь, и я скажу тебе, чем ты болен». Мониторинг питания населения республики позволяет констатировать положительную тенденцию, связанную с повышением потребления овощей, фруктов, ягод, яиц, масла растительного как источников витаминов и микроэлементов. В то же время остается высоким уровень потребления пищевых продуктов, содержащих углеводы (картофель, хлеб и хлебопродукты). Предпочтение отдается продукции, содержащей насыщенные жирные кислоты, являющиеся основным фактором развития большинства хронических неинфекционных заболеваний.

В последние годы значительно возросло производство и оборот биологически активных добавок к пище, способствующих ликвидации дефицита макро- и микронутриентов, улучшению функционального состояния органов и систем организма человека, а также снижению риска возникновения ряда заболеваний. Вместе с тем только в прошлом году в республике выявлено более 130 нарушений санитарных требований к производству, реализации и хранению биологически активных добавок.

Основной проблемой школьного питания является его востребованность и привлекательность, что напрямую связано с качеством приготовления пищи, технологиями организации питания и его стоимости. Опыт организации "шведских столов" с дополнительным введением витаминов продемонстрировал реальную возможность профилактического воздействия на группу заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей, которая уменьшилась за последние три

года на 18,6%. Необходимо дальнейшее внедрение подобных технологий в образовательных учреждениях.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 05 август 2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» определил основные задачи лечебного питания:

1. Обеспечить тот режим питания, который показан при той или иной патологии, с распределением равномерных приемов пищи в одни и те же часы ежедневно.
2. Обеспечить правильность выбора продуктов, а при их приготовлении сохранить оптимальные качества.
3. Обеспечить правильность технологии приготовления пищи.
4. Исключить или ограничить те виды продуктов, которые особенно вредны для больного при той или иной патологии.
5. Обеспечить удовлетворение потребности в биологических питательных веществах, поставляемых с пищей.

4. Рекомендации по формированию здорового питания

Европейское сообщество, занимаясь проблемой здорового питания, приняло генеральное соглашение о тарифах и торговле, а также общую сельскохозяйственную политику Европейского союза для создания условий, в которых поставки продуктов питания будут целиком формироваться под действием глобальных механизмов рынка. Однако международным комиссиям, которые контролируют качество продуктов и определяют стандарты, недостает представителей общественного здравоохранения, а интересы пищевой промышленности очень сильны. Европейское региональное бюро ВОЗ в целях улучшения качества жизни в плане здорового питания сформулировало следующие рекомендации: 1) доступность качественной, свежей пищи для всех, независимо от социального положения; 2) демократизм во всем, что касается социального контроля над продуктами питания – на уровнях как принятия решения, так и ответственности. В решении этих вопросов должны участвовать все заинтересованные стороны, включая потребителей; 3) поддержку «устойчивых» методов ведения сельского хозяйства и производства пищи, которые не истощают природные ресурсы и не наносят вреда окружающей среде; 4) защиту местных производителей пищи от экспансии мировой системы торговли продуктами питания; 5) повышение культуры питания, распространение знаний о пище и питании, а также навыков приготовления пищи; поощрение таких традиций, как совместное приготовление пищи с последующей совместной трапезой; 6) доступность полезной информации о пище, диете и здоровье; 7) применение научно обоснованных норм потребления питательных веществ и руководств по диете для разработки и внедрения административных, законодательных и иных мер, регулирующих снабжение продуктами и их потребление.

В концепции «Здоровье-21», принятой мировым здравоохранительным сообществом на 51 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1998 года, в задаче 11, посвященной укреплению здорового образа жизни, оговорено, что значительный выигрыш в плане здоровья могли бы дать пропаганда и

внедрение более здоровых привычек и стереотипов питания, снижение распространенности ожирения. Для этого требуется такая бюджетно-финансовая, сельскохозяйственная политика и политика в отношении розничных продаж, которые бы способствовали доступу, степени наличия и потребления овощей и фруктов и снижению потребления пищевых продуктов с высоким содержанием жиров, особенно применительно к контингентам и группам населения с низкими доходами. Безопасная обработка продовольственных продуктов для снижения риска заражения должна применяться по всей пищевой цепи. Определяющим политикой лицам – особенно тем, кто занимается вопросами питания и безопасности пищевых продуктов, - необходимо усилить сотрудничество между частными и добровольными секторами.

В Концепции охраны здоровья населения ЧР на 2004-2010 годы, в стратегии улучшения природной среды и формирования здорового образа жизни, рекомендовано создать действенный контроль за безопасностью потребляемых продуктов; разработать и внедрить новые технологии производства, насытить потребительский рынок пищевыми продуктами, обогащенными витаминами и микронутриентами, в том числе йодом, провести широкую рекламу профилактики йоддефицитных состояний; создать центры консультирования по вопросам правильного питания; организовать производство и продажу экологически чистых и обогащенных биологически ценными ингредиентами продуктов питания, полезных для здоровья на предприятиях пищевой промышленности республики, обеспечить их рекламу; улучшить качество питания организованных детей дошкольного и школьного возраста; внедрить новые технологии производства, формы и методы питания в школьных и дошкольных учреждениях.

Основные задачи формирования принципов здорового питания в семье возложены на врача общей практики.

Врач общей практики должен использовать в своих практических рекомендациях пациентам 12 принципов здорового питания из «Руководства программы СИНДИ по питанию»:

1. Употребляйте разнообразные пищевые продукты, большинство которых – продукты растительного, а не животного происхождения, а именно пищевые волокна, фитостерины, лигнины, флавоноиды и др. В растениях, которые мы употребляем, содержится много ингредиентов с защитными свойствами.

2. Хлеб, изделия из муки, крупы, картофель должны употребляться несколько раз в день. Основу всей пищи должны составлять зерновые, рис, картофель, так как в них содержатся растительные белки, пищевые волокна, минералы (калий, кальций, магний) и витамины (С, фолат, В₆, каротиноиды). Употребление растительных продуктов необходимо также для профилактики запоров, заболеваний дивертикула и геморроидальных узлов.

3. Ешьте несколько раз в день разнообразные овощи и фрукты, лучше – свежие и выращенные в местности проживания (не менее 400 г в день). В натуральном виде овощи и фрукты содержат мало жиров, поэтому постоянное их употребление снижает риск ожирения, содержание холестерина в крови, улучшает циркуляцию крови и повышает резистентность организма к инфекциям и укрепляет иммунную систему. Антиоксидантное действие витамина С способствует уменьшению риска развития опухолевых процессов. Овощи и фрукты обогащают организм калием.

4. Чтобы поддерживать массу тела в рекомендуемых пределах (индекс массы тела 20-25 кг/м²), необходима ежедневная умеренная физическая нагрузка в сочетании с рациональным питанием.

5. Контролируйте поступление жира с пищей (не более 30% от суточной калорийности) и заменяйте животный жир на жир растительного происхождения (подсолнечное, оливковое, кукурузное).

6. Лучше заменять мясные продукты с повышенным содержанием жира на мясо нежирных сортов, мясо птицы, рыбу, бобовые, содержащие меньшее количество насыщенных жиров.

7. Молочные продукты - это источник белка, кальция. Следует употреблять молоко с низким содержанием жира, а молочные продукты с низким содержанием жира и соли.

8. Сахар и продукты с большим его количеством способствуют развитию многих заболеваний, поэтому следует ограничить употребление этих продуктов.

Ограничение потребления мяса, птицы и рыбы (жирные сорта) – 180 г в день, замещение низко-жировыми мясными и молочными продуктами, а закусочные продукты и печенье – зерновыми грубого помола, овощами и фруктами, обеспечивает сокращение потребляемых жиров и при этом сохраняет достаточное количество кальция и железа. Полиненасыщенные жирные кислоты содержатся в жирных сортах рыбы (сельдь, скумбрия, сардины). Ежедневное потребление рыбных блюд снижает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

9. Ешьте меньше соли. Общее количество соли в пище не должно превышать одну чайную ложку – 6 г в день, включая соль, находящуюся в продуктах промышленного производства. Жителям нашего региона рекомендуется отдавать предпочтение йодированной соли. Приготовление пищи должно сопровождаться минимальным добавлением соли. Из рациона здорового питания должны быть исключены соленые продукты, в том числе консервированные супы, «кириешки», колбасные изделия, различные соленья и т.д.

10. Если Вы употребляете спиртные напитки, то общее содержание чистого спирта в них не должно превышать 20 г в день. Разговоры о «пользе» регулярного приема алкоголя не имеют реальных доказательств. Это пищевой продукт, постоянное употребление которого приводит к отрицательному влиянию на состояние головного мозга, печени, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и т.д., а также к перестройке и деградации личности. Необходим полный отказ от алкоголя во время беременности, при кормлении грудью, а также при развитии патологических процессов в печени (гепатит, цирроз, гепатоз).

11. Приготовление пищи должно обеспечивать ее безопасность. Приготовление блюд на пару, в микроволновой печи, выпечка или кипячение помогут уменьшить используемое в процессе приготовления количество жира, масла, соли и сахара. Врач ОВП должен рекомендовать своим пациентам следующее:

- избегать длительного хранения готовой пищи;
- для подслащивания каши домашнего приготовления лучше использовать мед, варенье, но злоупотреблять ими не стоит, лучше использовать вместо них свежие ягоды и фрукты сладких сортов;

- большинство видов листовой зелени нужно обрабатывать на пару или кипятить в небольшом количестве воды;
- приготовление на пару, на гриле, выпечка, варка полезнее для здоровья, чем жарение, т.к. при таких способах кулинарной обработки используется меньше жира.

12. Способствуйте вскармливанию новорожденных только грудью примерно в течение первых 6 месяцев, но не менее 4 месяцев. Вводить прикорм следует постепенно, не отказываясь совсем от грудного вскармливания. Врач ОВП должен разъяснять молодым женщинам преимущества грудного вскармливания. Грудное вскармливание и применение продуктов детского питания, обогащенных железом, дает положительный результат в профилактике железодефицитной анемии.

Список использованной литературы

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Патогенетические аспекты ожирения.-2004; 1; 3-9.
2. Консенсус «Эндемический зоб у детей: терминология, диагностика, лечение и профилактика», 2000.
3. Лаптева Е.Н. Семейный врач и организация здорового образа жизни [Текст] / Е.Н. Лаптева, Ю.М. Губачева // Проблемы питания. - 2000. - №1.
4. Макарова Н.В. Здоровое и лечебное питание в общей врачебной (семейной) медицине [Текст] : практическое руководство / Н.В. Макарова - Чебоксары, 2004. - 103 с.
5. Социальные условия и здоровье: убедительные факты: методические документы ВОЗ [Текст] / под ред. Wilkinson R., Marmot.- М., 1998. - 27 с.
6. Оганов Р.Г., Киселева Н.Г., Поздняков Ю.М. Десять шагов к здоровому питанию: Методическое пособие для врачей семейной и общей практики // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Чебоксары, 2004. - №1.
7. Профиль здоровья года. Чебоксары, 2003. 55 с.
8. Здоровое питание. План действий по разработке региональных программ в России [Текст] : руководство – М., 2001. – 67 с.
9. Смоляр В.И. Рациональное питание. Киев., 1991.
10. Справочник по диетологии [Текст] / под ред. Самсонова М.А., Покровского А.А. - М., 1992. - 464 с.
11. Stallone D.D. Dietary assessment in Whitehall II the influence of reporting bias on apparent socioeconomic variation in nutrient intake. 1997. №51 с. 815-825.
12. World Cancer Research Fund. Food, nutrition and the prevention of cancer a global perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 1997.

**Лекция 5. Социальная поддержка:
концепция «Здоровое старение», реализуемая
на уровне сообществ в рамках движения ВОЗ
«Здоровые города»**

План лекции

1. Старение населения как один из наиболее важных демографических процессов современного мира.
2. Анализ ситуации: ожидаемая продолжительность жизни; показатели, характеризующие демографическое старение общества.
3. Российский и международный опыт реализации концепции «Здоровое старение»
4. Примеры практической реализации концепции «Здоровое старение».

**1. Старение населения как один из наиболее важных
демографических процессов современного мира**

Старение населения является одним из наиболее важных демографических процессов современного мира, затрагивающих интересы каждого человека и общества в целом. Внедрение достижений медико-биологических исследований, эффективное лечение опухолей, профилактика инфаркта и инсульта, а также снижение рождаемости привели к формированию существенной прослойки пожилых людей.

Старение населения – глобальное явление, которое затронуло или затронет каждого мужчину, женщину и ребёнка в любой точке мира. Устойчивое увеличение возрастных групп пожилых людей в составе населения стран, как в абсолютных величинах, так и относительно населения в трудоспособном возрасте, окажет прямое воздействие на взаимоотношения внутри семьи, справедливое распределение между поколениями, образ жизни и семейную солидарность, являющуюся основой общества.

Старение населения уже сейчас имеет большое значение и кардинальным образом сказывается на всех областях повседневной человеческой жизни. В экономической области старение населения затронет экономический рост, сбережения, инвестиции и потребление, рынки труда, пенсии, налогообложение и переход богатства, собственности и опеки от одного поколения к другому. Старение населения будет и дальше затрагивать здоровье и здравоохранение, состав семьи и условия жизни, проживание и миграцию. На политической арене процесс старения населения уже сформировал в развитых странах мощную силу, способную влиять на голоса избирателей и их представителей. Пожилые

избиратели обычно читают, слушают новости, изучают интересующие их проблемы и голосуют наиболее активно (в процентном отношении), нежели любая другая возрастная группа.

В Докладе ООН «Старение населения мира: 1950-2050 годы» подчеркивается, что тенденция к старению населения в большинстве своем необратима, причем преобладание молодых людей, характерное для предыдущих этапов истории, вряд ли когда-либо повторится.

2. Анализ ситуации: ожидаемая продолжительность жизни; показатели, характеризующие демографическое старение общества

Ожидаемая продолжительность жизни

Кардинальные улучшения в вопросах долголетия в мире привели к росту средней продолжительности жизни при рождении до 66 лет, увеличившись с 1950 года на 20 лет, причем ожидается, что к середине столетия она возрастет еще на 10 лет. Эта демографическая победа означает, что число пожилых людей, составлявшее 600 млн в 2000 году, в 2050 году увеличится более чем в 3 раза.

Для возрастной структуры населения характерна феминизация. Проблема более низкой ожидаемой продолжительности жизни мужчин России по сравнению с женщинами сохраняется. Если в конце 60-х годов различие составляло 8-9 лет, то к 1994 году оно увеличилось до 13,6 года. В настоящее время российские женщины живут дольше мужчин на 12 лет (в ЧР – на 13,3). Пожилых женщин больше, чем пожилых мужчин, эта тенденция еще четче проявляется в более позднем возрасте.

Различная продолжительность жизни мужчин и женщин, высокий уровень смертности приводят к распаду супружеских пар и росту численности одиноких пожилых людей, в большинстве случаев – женщин. Увеличение категории одиноко проживающих лиц пожилого и старческого возраста является важнейшей особенностью старения населения. В Российской Федерации удельный вес одиноких людей этого возраста составляет более 20%, в Чувашской Республике – 11,8, из них 6,8% пожилых нуждаются в медико-социальной помощи.

Показатели, характеризующие демографическое старение общества

Возрастная структура населения

Рост пожилого населения в мире является результатом демографического перехода от высоких к низким уровням рождаемости и смертности.

Для оценки старения населения чаще всего определяется относительное число (доля, удельный вес) лиц пожилого возраста в общей численности населения. Всемирная организация здравоохранения выбрала 65 лет как индикатор пожилого возраста и рекомендует в группе лиц пожилого возраста выделять еще и группу «престарелых» - людей 80 лет и старше. Более того, молодым государством считается то, в котором доля пожилых от 65 лет и старше составляет 4, старым – от 7% и более.

В развитых странах доля лиц старше 65 лет составляет 10-14% от всей популяции. Темп прироста пожилого населения значительно опережает темп прироста всего населения.

Увеличение пропорции пожилых людей (65 лет и старше) сопровождается снижением пропорции молодых людей (в возрасте до 15 лет). Неуклонно увеличивается доля пожилых, старых и очень старых людей в общей популяции населения и в России. В настоящее время 13,4% жителей страны (почти каждый восьмой россиянин) находится в возрасте 65 лет и старше. Согласно прогнозам, к 2050 году число пожилых людей в мире впервые в истории человечества превысит число молодых людей.

Пожилое население стареет и само по себе. По сути, самая быстро растущая возрастная группа в мире является и самой старой среди пожилых – те, кому за 80. В настоящее время эта группа ежегодно прирастает в мире на 3,8% и составляет 12% от общего количества пожилых людей. К середине столетия пятая часть пожилых людей будет в возрасте от 80 лет и старше.

С 1979 по 2002 год при росте общей численности населения России на 5,6, численность населения старше 65 лет возросла на 72,8, старше 85 лет - более чем на 100%. В структуре пожилых людей на 62% возросла доля старых людей, лиц старше 80 лет – на 45%. Еще более значимой является доля пожилых людей в составе сельского населения, показатель численности населения в возрасте старше трудоспособного более 20,8%. Согласно принятой международной классификации с 2004 года возрастная структура населения России соответствует типу населения в стадии демографической старости, когда доля детей и подростков лишь незначительно превышает долю людей старше 65 лет.

В Чувашской Республике, как и в целом по Российской Федерации, увеличение доли лиц старшего возраста, людей, перешагнувших 60-летний рубеж, обусловлено выраженным постарением населения. Практически каждый пятый житель республики – пенсионер. К 2004 году по сравнению с 1959-м произошло увеличение удельного веса лиц пожилого и старшего возраста более чем на 60%.

В структуре общей численности населения республики процент лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей составляет 13%. Согласно прогнозу Государственного комитета Чувашской Республики по статистике, к 2015 году количество лиц пожилого возраста увеличится до 22%.

Существенно различаются процессы старения городского и сельского населения. В результате уменьшения рождаемости и увеличения миграции более молодых из сел в города в некоторых районах республики доля лиц пожилого возраста в сельской местности превысила 30%. В Чувашской Республике к зонам «демографической старости», доля пожилых и престарелых людей в которых составляет более 26%, относятся: Красночетайский, Порецкий, Цивильский, Шумерлинский, Ядринский, Яльчикский и Янтиковский, Алатырский районы.

Рост численности людей старших ведет к повышению демографической нагрузки на трудоспособный возраст (число людей старше трудоспособного возраста, приходящихся на 1000 человек трудоспособного населения). Коэффициент нагрузки на 1000 трудоспособного населения в 2004 году равняется 316. На селе коэффициент демографической нагрузки выше 476, в городе – 233.

Потенциальный коэффициент поддержки

Воздействие демографического старения на общество просматривается на примере *потенциального коэффициента поддержки* (ПКП - число людей в возрасте от 15 до 64 лет на одного пожилого человека в возрасте 65 лет и старше), указывающего на бремя иждивенчества, лежащее на потенциальных

работниках. По данным ООН, за 1950-2000 годы ПКП снизился с 12 до 9 человек в трудоспособном возрасте на каждого пожилого человека. К середине столетия, по прогнозам, ПКП упадет до 4 человек в трудоспособном возрасте на каждого человека в возрасте 65 лет и старше. В Российской Федерации этот показатель снизился с 7 в 1989 году до 5,5 человек в 2002 году (в Чувашской Республике – 5,3 в 2003 году). Потенциальный коэффициент поддержки имеет важное значение для моделей социального обеспечения, особенно в традиционных системах, где ныне работающие обеспечивают пенсионные выплаты и льготы нынешних пенсионеров.

Коэффициент поддержки родителей

Плохое здоровье пожилых людей стимулирует повышение спроса на долгосрочный уход по мере роста числа старейших из пожилых людей. Коэффициент поддержки родителей, представляющий соотношение между теми, кому за 85, и людьми в возрасте от 50 до 64 лет, содержит указание на степень поддержки, которую семья должна обеспечить своим самым пожилым членам. В глобальном масштабе в 1950 году на каждые 100 человек в возрасте от 50 до 64 лет приходилось менее 2 человек в возрасте 85 лет и старше. К 2000 году это соотношение увеличилось до 4 на каждые 100, а к 2050 году этот показатель, как ожидается, достигнет 11 человек. По Российской Федерации этот коэффициент возрос с 3,7 в 1989-м до 6,7 человек в 2002 году.

Здоровье пожилых людей

Физическое здоровье самым непосредственным образом связано со способностью пожилых людей участвовать в жизни общества. В последние годы отмечается ухудшение показателей физического здоровья пожилых людей, проявляющееся в увеличении заболеваемости, инвалидности и смертности, в том числе от неестественных причин.

Среди пожилых людей только 22% практически здоровых. Отличительная особенность больных этой категории населения - сочетание патологических изменений различных органов и систем. Более 70% указанных больных имеют 4-5 и более заболеваний. Под угрозой ставится независимость пожилого человека, когда физические и умственные расстройства затрудняют выполнение им каждодневных жизнеобеспечивающих действий.

В структуре заболеваемости лиц пожилого возраста первое место занимают - заболевания сердечно-сосудистой системы, на втором - заболевания органов зрения, затем заболевания органов дыхания и заболевания опорно-двигательного аппарата. Среди болезней, явившихся причиной выхода на первичную инвалидность, на первом месте – болезни системы кровообращения, на втором – злокачественные новообразования, на третьем – болезни нервной системы и органов чувств.

Состояние психического здоровья пожилых людей вызывает тревогу. Если традиционно рост числа психических расстройств в позднем возрасте связывался с органическими или физическими нарушениями, ухудшающими деятельность головного мозга, то в настоящее время одной из главных причин возникновения психических заболеваний у пожилых людей становятся негативные факторы экономического, социального, психологического характера. Возрастает контингент пожилых лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами,

различными степенями психической и социальной дезадаптации, личностными девиациями, неврозами.

Положение пожилых в обществе

Старение населения, как и наступление старости у отдельного человека, сопровождается ростом зависимости пожилых людей от экономически и социально активного населения. Изменения, связанные с процессами модернизации устройства общества, влияют на положение и социальное самочувствие пожилых людей, которым трудно адаптироваться в динамично меняющихся экономических и социально-культурных условиях. Для этого им требуется помощь, учитывающая значительную дифференциацию, сложность их проблем, многообразие потребностей и запросов. Пожилым возрасту присущи специфические проблемы: ухудшение состояния здоровья, снижение способности к самообслуживанию, "предпенсионная безработица" и снижение конкурентоспособности на рынке труда, неустойчивое материальное положение, утрата привычного социального статуса. В неблагоприятном положении находятся пожилые женщины, что существенно при сохранении долговременной диспропорции мужского и женского населения. Достаточно велика доля пожилых людей среди мигрантов и лиц без определенного места жительства и занятий. Возрастают социальные и экономические издержки для семей, обеспечивающих уход за пожилыми родственниками, снижается надежность семьи в качестве источника поддержки пожилых людей. В неблагоприятной ситуации нередко находятся одинокие пожилые люди и пожилые супружеские пары. Многие пожилые люди в современных социально-экономических условиях чувствуют свою неприспособленность и социальную невостребованность. Возможности для полноценного участия в общественной жизни у них ограничены. Пожилые люди нередко теряют ориентацию в современном социокультурном пространстве, затрудняются их социальные контакты, что имеет негативные последствия не только для самих пенсионеров, но и для людей, их окружающих. В сфере охраны здоровья, социального, культурно-досугового, торгово-бытового обслуживания, физкультурно-оздоровительной работы и туризма недостаток внимания к нуждам пожилых людей приводит к ограничению их доступа к общественным благам и услугам.

Гендерные аспекты

Привычной стала констатация того факта, что «у старости женское лицо». Часто низкие доходы женщин и перерывы в их трудовой деятельности приводят к тому, что женщины не могут обеспечить свою старость. По имеющимся данным, пожилые женщины чаще страдают от жестокого обращения в семье. Конфликты в семье часто возникают между старшими и молодым поколением, поскольку они нередко имеют различные взгляды на жизненные явления. Несмотря на то, что последнее десятилетие ознаменовалось поворотом к нуждам стареющего населения и серьезной озабоченностью благополучием пожилых сограждан, пожилые женщины по-прежнему относятся к категории населения, находящейся в неблагоприятном положении.

3. Российский и международный опыт реализации концепции «Здоровое старение»

Проблема пожилых по линии ООН ставится в один ряд с проблемами обеспечения мира, международной безопасности, развития, экологии. Пожилые люди – это огромная группа населения, которая играет политическую роль, это одна четвертая часть избирателей в мире, с большим житейским опытом, профессиональными навыками, имеющих авторитет в семье и обществе.

Политические документы, определяющие международную стратегию действий по проблемам старости:

- Международный (Венский) план действий по проблемам старения (1982).
- Принципы ООН в отношении пожилых людей (1991).
- Декларация по проблемам старения (1992).
- Мадридский международный план действий по проблемам старения (2002).

Международный план действий по проблемам старения опирается на три приоритетных направления:

- участие пожилых людей в развитии с акцентом на необходимость содействия тому, чтобы растущая численность пожилых людей становилась производительной силой, действующей во благо общества;
- обеспечение здравоохранения и благосостояния в пожилом возрасте, что подчеркивает необходимость разработки политики укрепления здоровья начиная с детского возраста и на протяжении всей жизни, с тем чтобы люди достигали пожилого возраста будучи здоровыми;
- обеспечение благоприятных и позитивных условий для людей, что содействует разработке политики, ориентированной на семью и общество, в целях создания безопасного старения.

Главная идея международной стратегии действий по проблемам старения – построение «общества для всех возрастов». Концепция общества для людей всех возрастов содержит четыре ключевых аспекта:

- Индивидуальное развитие на протяжении всей жизни.
- Отношения между поколениями.
- Взаимосвязь между старением населения и развитием.
- Положение пожилых людей.

«Здоровое старение» является одной из ключевых тем IV фазы движения «Здоровые города» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Задачи концепции «Здоровое старение»:

1. Увеличение продолжительности жизни – сосредоточение предпринимаемых действий на основных, предотвратимых причинах смертности (сердечно-сосудистые, онкологические заболевания).
2. Обеспечение полноценного характера жизни:
 - а) снижение заболеваемости хроническими заболеваниями;
 - б) повышение жизненного благополучия путем обеспечения физической и социальной независимости, уважения со

Активное старение — это процесс оптимизации возможностей для физического, социального и умственного благополучия на протяжении всей жизни в целях распространения продолжительности здоровой жизни, производительности и высокого жизненного уровня в пожилом возрасте.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) пропагандирует идею «активного старения» — концепцию, нацеленную на содействие политике, которая поддерживала бы активность людей максимально долго.

Повсеместно члены семьи самостоятельно обеспечивают большую часть поддержки пожилых людей, нуждающихся в помощи. Однако социальная защита одиноких и уязвимых престарелых людей — это одна из важнейших функций государства. Комплексный подход к обеспечению социальной защиты пожилых людей может позволить обществам, желающим заняться планированием, гарантировать своё беспрепятственное старение. Задача заключается в том, чтобы признать и использовать навыки и опыт пожилых людей и гарантировать адекватный жизненный уровень для них.

Здоровье, благополучие и производительность в пожилом возрасте зависят от целого ряда факторов, и при наличии правильной среды люди могут наслаждаться более продуктивной жизнью. Выделяют следующие социальные детерминанты здоровья людей старшего поколения:

- Гендерные различия оказывают существенное влияние на социальный статус, способы получения доступа к социальным услугам, значимой работе и полноценному питанию.
- Культурные ценности и традиции во многом определяют то, как общество относится и обращается с престарелыми людьми.
- Системы здравоохранения и социального обеспечения должны стимулировать активное старение. Они должны обучать, поощрять и давать возможность людям контролировать своё собственное здоровье, в т.ч. посредством изменения стереотипов поведения (вредные привычки, характер питания, физическая активность), профилактики болезней. Здравоохранение и социальное обеспечение должны быть экономически эффективными и обеспечивать равный доступ всем, независимо от уровня дохода, особенно тем, кто проживает в сельских районах. Важно, чтобы системы здравоохранения и социального обеспечения имели встроенные механизмы, которые бы гарантировали особое отношение к здоровью старшего поколения. Очень важно решение проблемы «одинокой» старости и оказания услуг по уходу.
- Экономические факторы: доход, работа и социальная защита. Многие пожилые люди испытывают недостаток в надежных или жизнеобеспечивающих доходах. Политика активного старения должна идти в тесной связи с борьбой с бедностью и повышением вовлечения пожилых людей в доходоприносящую деятельность. Пожилые люди могут вносить конструктивный вклад на оплачиваемой, неоплачиваемой и добровольческой работе.
- Факторы физической среды. Пожилые люди, способные беспрепятственно выйти на улицу и пройти до дома соседа или до парка, могут улучшить

- Факторы социальной среды. Социальная поддержка, возможности для образования и пожизненного обучения, а также защита от насилия — вот ключевые факторы социальной среды, которые позволяют укрепить здоровье, сохранить независимость и производительность в преклонном возрасте. Одиночество, социальная изоляция, издевательство над стариками, неграмотность, недостаток образования и незащищённость от конфликтных ситуаций весьма повышают риск инвалидности и ранней смерти.
- Биологические факторы. Тремя ключевыми личностными факторами того, насколько «хорошо» стареет человек, являются биология, генетика и адаптация к условиям внешней среды. Естественные потери иногда можно компенсировать с помощью накопленной мудрости, знаний и опыта.
- Поведенческие факторы. Никогда не поздно изменить привычки. Умеренная физическая активность и здоровое питание могут повысить умственное здоровье и уменьшить риск хронических болезней в дополнение к отсрочке функциональной деградации. Недоедание пожилыми людьми может служить источником особого беспокойства, в первую очередь из-за понижения их способности усваивать некоторые питательные вещества. Достаточные количества кальция, витаминов D и B12 особенно важны, впрочем как и сбалансированная и разнообразная диета в целом.

Отказ от курения, даже в преклонном возрасте, может существенно уменьшить риск сердечно-сосудистых заболеваний, развития онкопатологии. Потребление алкоголя, в небольших количествах, может дать некоторую степень защиты от сердечно-сосудистых заболеваний людям в возрасте от 45 лет и старше. Однако пагубные последствия активного потребления алкоголя гораздо более значительны.

Важнейшим условием поддержания здоровья в пожилом возрасте являются *охрана, укрепление здоровья* и благосостояния на протяжении всей жизни, с учетом всех факторов (детерминант), которые влияют на состояние здоровья, то есть подразумевается:

1. Межведомственное взаимодействие, направленное на выявление и ослабление факторов, угрожающих социальному благополучию, таких, как бедность, одиночество, боязнь насилия, неудовлетворительное жильё.
2. Межведомственное взаимодействие, направленное на укрепление здоровья – здоровое питание, доступ к сооружениям для занятий спортом и активным отдыхом, формирование политики здорового образа жизни, борьба с курением и употреблением алкоголя – для улучшения самочувствия и психического здоровья и снижения социальной изоляции. Программа активного старения подразумевает то, что пожилые люди должны иметь доступ в эти учреждения (например, наличие услуг в сфере отдыха, где бы предусматривались программы физических упражнений для пожилых людей; услуги в сфере образования, где бы предлагалось обучение без возрастных ограничений; услуги в социальной сфере,

Профилактика заболеваний. Неэффективная политика в сфере общественного здравоохранения может привести к инвалидизирующим процессам, тем самым повышая потребности пожилых людей и вызывая возникновение изоляции и физической зависимости, в то время как эффективная политика может вести к процессу реабилитации, восстанавливающему дееспособность и расширяющему участие пожилых людей во всех аспектах жизни общества. Поэтому основные усилия в этом направлении должны концентрироваться на следующих действиях:

1. Раннее выявление и результативное лечение.
2. Обеспечение доступности к профилактическим программам.
3. Неукоснительное соблюдение и укрепление правил техники безопасности, предотвращающих травмы и увечья среди лиц всех возрастных категорий.
4. Предотвращение травм посредством мер обеспечения безопасности пешеходов, осуществления программ, предотвращающих падения, сведения к минимуму источников опасности в жилых помещениях и оказания консультативных услуг по вопросам безопасности (обеспечение хорошего освещения улиц и развитой транспортной системы).
5. Пропаганда здорового питания на протяжении всей жизни, начиная с детского возраста, обеспечение надлежащего питания для женщин в репродуктивном возрасте. Информированность пожилых людей и населения в целом, особенно тех, кто осуществляет уход за пожилыми людьми, об особых потребностях этих людей в плане сбалансированного питания.

Хорошо развитые службы первичной медико-санитарной помощи должны оказывать комплексную и эффективную поддержку в вопросах оздоровления и реабилитации. Целью медицинской и социальной помощи является, поддержка независимости пожилых людей, а именно:

1. Обеспечение доступной первичной медицинской помощи.
2. Медико-социальная помощь оказывается по возможности на дому или в центрах по уходу, расположенных по месту жительства.
3. Обеспечение доступности помощи при угрожающих жизни и острых состояниях, которые требуют госпитализации и лечения в стационаре.
4. Обеспечение доступности эффективной реабилитационной службы для минимизации воздействия заболевания и снижения срока нетрудоспособности.
5. Обучение работников системы здравоохранения и социальной службы современным технологиям гериатрии.

Важно, чтобы при получении медицинских услуг пожилые лица не сталкивались с проблемами возрастной дискриминации в силу того, что их лечение может представляться менее целесообразным, чем лечение молодых людей. Необходимо добиться, чтобы пожилые люди имели равноправный доступ

к услугам системы здравоохранения, в том числе к услугам первичной медико-санитарной помощи.

Психическое здоровье. Во всех странах мира основными причинами инвалидности и ухудшения качества жизни являются психические проблемы. Как известно, с возрастом увеличивается число случаев депрессии, болезни Альцгеймера и других заболеваний, вызывающих слабоумие. Поэтому программы активного старения должны включать проведение мероприятий по обеспечению комплекса услуг по укреплению психического здоровья:

1. Разработка стратегии, включающей раннюю диагностику, лечение, программы подготовки специалистов в области психотерапии и подготовку для членов семей, занимающихся уходом за такой категорией пожилых людей.
2. Разработка программ оказания поддержки самопомощи и предоставления на временной основе услуг по уходу за больными, семьям и другим лицам, занимающимся обеспечением ухода.

Солидарность поколений. Солидарность поколений на всех уровнях – в семье, общине и в масштабах всей страны – является одним из основополагающих принципов создания общества для людей всех возрастов. Связи между поколениями имеют ценность для всех членов общества. Ценность состоит в том, что они усиливают контакт и взаимопонимание представителей разных поколений, при этом используется опыт старших поколений и пожилым людям демонстрируют то, что их продолжают ценить в обществе. Чувство того, что их ценят и они полезны своему сообществу, очень важно для пожилых людей и помогает поддерживать ощущение собственного достоинства, самоуважение и психическое здоровье. В нашей стране сильны традиционные установки на взаимопомощь. Большинство пожилых людей относится к молодежи и молодежной культуре с пониманием, молодые люди позитивно оценивают качества личности, опыт и знания старшего поколения. Однако приобщение молодых людей к техногенной цивилизации вызывает появление новых различий между поколениями как следствия иных подходов к материальным и культурным ценностям. Поэтому и пожилых людей необходимо приобщать к новейшим информационно-компьютерным технологиям. Это позволит создать условия для их интенсивного участия в общественной и политической жизни, улучшит организацию досуга, общения, психологической адаптации и реабилитации, сблизит ценностные ориентации молодежи и зрелой части общества.

Вовлечение людей старшего поколения. «Не говорите о нас без нашего участия». Для того чтобы быть успешной, программа «Здоровое старение» должна учитывать пожелания и потребности людей старшего поколения. Этого можно достичь множеством способов, например, путем включения пожилых в группы по планированию или путем обсуждения в группах, методом анкетирования, изучения мнений пользователей служб. При этом важно всегда реально оценивать возможности и не вводить людей в заблуждение, чтобы не вызвать реального разочарования.

Преодоление возрастной дискриминации. Тема, которая звучит постоянно, это устранение возрастной дискриминации. Необходимо устранять проявления неравенства по возрастному признаку и по признаку пола для того, чтобы пожилые люди получали услуги одного уровня с другими группами на основании реальных потребностей, а не хронологического возраста. Меры должны быть

направлены на обеспечение равноправия в распределении ресурсов здравоохранения и социального обеспечения, повышение информированности и возможностей пожилых людей в плане выбора и эффективного использования услуг, использование современных технологий, например телемедицины, для устранения неравенства в доступе к услугам системы здравоохранения в сельских районах, обусловленного географическими и материально-техническими факторами.

4. Примеры практической реализации концепции «Здоровое старение»

Город Турку, Финляндия. Существует совет старейшин, который принимает участие в разработке и утверждении политических решений.

Город Удине, Италия. Организован скрининг состояния здоровья пожилых. Регулярно собирается информация о состоянии социального статуса старшего поколения – процент пожилых людей, зависящих от помощи, процент одиноких пожилых людей, число пожилых, находящихся в учреждениях социальной защиты.

Неправительственные организации вовлечены в деятельность по охране и укреплению здоровья пожилых. Издано специализированное руководство по существующим социальным услугам для людей старшего возраста.

Программа «Деды и внуки» - одновременное обучение детей и пожилых. Пожилые люди вовлечены в воспитание детей, провожают детей в школу, гуляют с детьми, ездят на велосипедах и пр. Практически реализуется проект по обучению здоровому образу жизни: правильное питание, физические нагрузки.

Город Дрезден, Германия. Изучаются «ожидания» пожилых людей на основании социальных опросов. Создана эффективная система профилактики заболеваний у пожилых. Организован комитет пожилых людей г. Дрездена (20 членов) для лоббирования интересов старшего поколения на уровне муниципальной власти. Создана и реализуется программа по здоровому старению, которая обозначила существующие проблемы: увеличение числа пожилых в домах для престарелых и социальных центрах; уменьшение размера пенсий, много работающих пенсионеров, в связи с этим растет потребность в слуховых аппаратах, устройствах для передвижения пожилых инвалидов и пр.

Основные задачи программы:

- улучшение условий проживания в домах для престарелых;
- улучшение качества дорог и возможность продвижения инвалидов;
- участие пожилых людей в общественной жизни;
- обеспечение безопасности пожилых людей.

Город Сейшал, Португалия. Участие пожилых в социальной, культурной и политической жизни общества. Борьба с социальной изоляцией пожилых.

Основные направления программы по здоровому старению:

- улучшение психического здоровья;
- развитие социальной поддержки;
- способствование здоровому образу жизни;
- профилактика осложнений заболеваний и нарушений функциональной активности.

Мероприятия программы: поддержка по телефону пожилых (телефон доверия); обучение умственному здоровью; создание групп взаимопомощи; театр с «пожилыми актерами»; придание ценности деятельности пожилых; межпоколенческие контакты; развитие оптимистического взгляда на жизнь пожилых людей; обеспечение «полноценного» гражданства.

Город Ливерпуль, Англия. Организация работы «групп быстрого реагирования» для медико-социальной поддержки на дому. Данные группы оказывают медицинскую помощь в случае болезни, после выписки из стационара.

Российский опыт. Для осуществления комплексных мер по улучшению положения граждан пожилого возраста и упрочнению их медико-социальной защищенности в Чувашской Республике реализовывались Федеральная и республиканская целевые программы «Старшее поколение 2002-2004 гг.». Созданы условия для повышения качества жизни пожилых людей на основе развития сети и совершенствования деятельности учреждений социального обслуживания; обеспечена доступность медицинской помощи: социальных, образовательных культурно-досуговых и иных услуг; внедрены новые стратегии ухода; вовлечены пожилые люди в жизнь общества.

Список использованной литературы

1. Российская Федерация. Правительство. О Федеральной целевой программе «Старшее поколение» на 2002-2004 годы [Электронный ресурс] : Постановление от 29.01. 2002 г. №70// СПС Консультант плюс.
2. Чувашская Республика. Кабинет Министров. О республиканской программе «Старшее поколение» на 2002-2004 годы [Электронный ресурс]: Постановление от 27.08.2001 г. № 185 // СПС Консультант плюс.
3. Социальная работа для пожилых людей: профессионализм, партнерство, ответственность//АиФ. Долгожитель. 2003 6 февр.
4. Социальная работа для пожилых людей: профессионализм, партнерство, ответственность//АиФ. Долгожитель. 2003 23 янв.
5. Социальная работа для пожилых людей: профессионализм, партнерство, ответственность//АиФ Долгожитель. 2003 4 янв.
6. Проблема старения: в преддверии 2002 года // Информ. бюл. Программы ООН по проблемам старения. - №5. 2001.
7. Проблема старения: в преддверии 2002 года // Информ. бюл. Программы ООН по проблемам старения. - №4. 2001.
8. Проблема старения: в преддверии 2002 года // Информ. бюл. Программы ООН по проблемам старения. - №3. 2001.
9. Проблема старения: в преддверии 2002 года // Информ. бюл. Программы ООН по проблемам старения. - №2. 2001.
10. Проблема старения: в преддверии 2002 года // Информ. бюл. Программы ООН по проблемам старения. - №1. 2001.

Лекция 6. Психическое здоровье

План лекции:

1. Актуальность проблемы сохранения психического здоровья населения.
2. Анализ текущей ситуации.
3. Международный опыт реализации проблемы.
4. Направления развития социальной психиатрии.
5. Профилактическая психиатрия.

1. Актуальность проблемы сохранения психического здоровья населения

Согласно современной концепции Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека всегда тесно связано с социальными факторами.

Сегодня на первый план выходят проблемы здоровья отдельного человека и целой нации, связанные не столько с биологическими и физическими влияниями, сколько с результатами сложных взаимодействий экономико-политических, психолого-педагогических и культурных факторов.

В последнее время значительно возросла актуальность проблемы психического здоровья человека, которое является основой формирования активной личностной позиции в отношении качества собственной жизни. Личное счастье, карьера, взаимоотношения с коллегами и друзьями, родителями и близкими людьми напрямую связаны с состоянием психического и социального здоровья.

Россия находится на пути труднейшего политического, экономического и социального эксперимента. Все это отражается на психическом здоровье граждан.

Печальные потери

В мире: психическими расстройствами страдают 450 млн человек.

В России: ежегодно с данной патологией в больницы обращаются 7,5 млн человек.

В Чувашской Республике: медленный, но неуклонный рост.

Вот несколько цифр, их приводит ВОЗ.

В мире. Психическими расстройствами страдают 450 млн человек, алкоголизмом - 70 млн, депрессивными расстройствами - 150 млн, эпилепсией -

50 млн, шизофренией - 24 млн. К 2020 году по трудовым потерям депрессии займут второе место (сегодня им принадлежит пятое) после сердечно-сосудистых патологий. В развитых странах один человек из каждых 4-7 будет страдать психическим расстройством. Уже сейчас ежегодно 1 млн человек кончает жизнь самоубийством, 20 млн совершают суицидальные попытки. Показатель, который называется «общее количество потерянных лет жизни в связи с инвалидностью» от психических расстройств, в 2000 году составил в мире 12,3, в Европе - 20%. В США ежегодные экономические затраты на лечение и профилактику таких расстройств достигают 2,5% валового национального продукта, на здравоохранение там тратят не менее 10% ВВП. В странах Западной Европы в связи с психическими заболеваниями они составляют 20-25% общих расходов на здравоохранение, то есть 4-5-ю часть.

В России. Ежегодно в лечебные учреждения обращаются 7,5 млн человек, это более 5% населения. Показатели заболеваемости психическими расстройствами за последние 10 лет увеличились на 41,5%. Истинная потребность в помощи психиатров куда больше. В 2003 году в России погибло 600 тыс. самоубийц. Не все страдали психическими заболеваниями, но совершенно очевидно, что в момент суицида они не были адекватны. В том же году из Вооруженных сил из-за психических заболеваний уволилось 47,6% срочников и 4,8% контрактников.

В Чувашской Республике. На сегодняшний день медленный, но неуклонный рост распространенности психических расстройств является реальностью как для РФ, так и для Чувашской Республики (ЧР), отражая общую тенденцию во всем мире. Это не только объясняется повышением истинной заболеваемости психическими расстройствами, но и свидетельствует об увеличении их выявляемости, чему способствуют рост доверия населения к психиатрии (психотерапии) в условиях выполнения с 1993 года Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», повышение общей грамотности населения, увеличение числа специалистов психиатрического профиля (показатель обеспеченности врачами-психиатрами в 1999 году составлял 0,84, 2001-м. – 0,87, в 2003-м. – 1,01 на 10 тыс. населения).

2. Анализ текущей ситуации

400 млн человек на земном шаре страдают психическими расстройствами, на которые приходится 12,3 % преждевременных смертей. По прогнозу экспертов Всемирной организации здравоохранения, в XXI веке все большее влияние на психическое здоровье населения будут оказывать стрессы.

Кто в опасности?

- дети и подростки;
- люди с наркологическими проблемами;
- люди, склонные к насилию, правонарушениям, стрессам;
- люди, зависимые от компьютера, интернета, игорного стола.

Говоря об общественном психическом здоровье, необходимо посмотреть, какова динамика нагрузок, которые в связи с этим принимает общество. За 10 лет рост психических расстройств наблюдается и среди детей, и среди взрослых, но основной подъем идет за счет подростков. Они первыми реагируют на все стрессы. Поэтому прежде всего следует обратить внимание на психику подростков, психологию, систему ценностей у данного контингента. К этому должны проявить внимание и система образования, и медики - психиатры, и психологи. Как оценивать «накопление» пациентов с наркологическими проблемами, показатели алкоголизма и алкогольных психозов? В некоторых регионах наблюдается, судя по цифрам, довольно благополучная ситуация, показатели заболеваемости уменьшаются, но рост числа алкогольных психозов очевиден. Официальная статистика свидетельствует о значительном снижении заболеваемости наркоманией - в 2003 году в 3 раза по сравнению с 2000 годом. За этим, несомненно, стоит целый ряд политических событий (усиление наркоконтроля, работа спецслужб и т.д.). Но срабатывает и менталитет молодежи. Она сегодня все больше ориентируется не на уход от проблем общества, а на успешность. Успешность сейчас входит в моду и подчас играет гораздо большую роль, чем все спецслужбы вместе взятые.

В последнее десятилетие в России растет преступность несовершеннолетних – она выше, чем преступность среди взрослых. У этой преступности все чаще перекося в сторону криминальной активности девочек-подростков: каждый третий привлеченный к уголовной ответственности подросток – девочка. И прогноз более чем мрачный: к 2006 году подростковая преступность в России вырастет на 27%. Это не норма, это патология психики.

Дети и подростки обладают повышенным риском становиться жертвами сексуального насилия. Статистические данные свидетельствуют: среди всех потерпевших от насильственных преступлений подростки составляют 10%, при сексуальном насилии они становятся жертвами в 40% случаев. Как правило, такое не проходит бесследно для психики. Ученые и практики делают единодушный вывод, нужно совершенствовать профилактическую работу по предотвращению и защите детей от сексуального насилия, необходимы дифференцированные психокоррекционные и лечебно-реабилитационные мероприятия.

Инвалидность в связи с психическими заболеваниями - явление социальное. В последнее время психотропные средства стали недоступными многим пациентам, что сыграло свою негативную роль. Но все же больший вклад, по подсчетам специалистов, дали иные факторы. Так, люди, страдающие психическими заболеваниями, вытесняются из производства, несмотря на статьи закона, в которых предусмотрено, что на предприятиях должны быть квоты для таких контингентов. К сожалению, есть немало лазеек, в частности, за инвалида можно откупиться, что и предпочитают работодатели. Имеются конкретные финансовые цифры, которые предприятия отчисляют за невзятых на работу инвалидов. Распад лечебно-трудовых мастерских, самой системы реабилитации после острых психозов - все это сыграло негативную роль, хотя негативные тенденции за последние два года замедлились.

Порочный круг

Что характерно для современного общества? С одной стороны, у нас есть много людей, страдающих психическими расстройствами, и, безусловно, это повышает уровень социальной напряженности и нестабильности. С другой - высокий уровень

социальной напряженности способствует увеличению числа таких лиц. О наличии этого порочного круга чрезвычайно важно знать и разорвать его.

Направления поведения, характерные для современного общества

- агрессия, проявляющаяся в актах насилия;
- аутоагрессия (суицид, покушение на самоубийство, саморазрушающее поведение).

Специалисты пришли к выводу, что рассматривать агрессию без аутоагрессии нельзя. Необходимо вычленив два этих направления, первое - проявляется в актах насилия, второе - в разных формах (суицид, покушение на самоубийство, саморазрушающее поведение), некоторые из них для психиатров являются новыми. Это новые формы зависимости от компьютера, Интернета, игорного стола, таких эпизодов очень много, они быстро занимают свои позиции. Число пациентов с зависимостью такого рода растет. В 2004 году в клинику Центра им. В.П.Сербского обратилось 45 человек, которые, по сути, являются классическими «игроками по Достоевскому». Сегодня эта проблема требует не только официального признания, но и четкого внедрения в практику тех методик, которые уже существуют и помогут вернуть таких граждан в социум.

Факторы агрессии

- биологические (принадлежность к мужскому полу, молодой возраст и т.д.);
- общие культурные составляющие (насилие в семье в детстве, употребление алкоголя и т.д.).

Говоря о первом направлении - агрессии, всегда следует помнить о почве, способствовавшей появлению такого поведения. Безусловно, нельзя отрицать биологические факторы, общую культурную составляющую, которая связана с неблагоприятными микро- или макросоциальными условиями. Исследования показывают, что ими может являться даже просто принадлежность к мужскому полу, хотя агрессивность женщин становится проблемой и для России, и для западноевропейских стран. Она отмечается там даже среди юных девушек. Факторами агрессии могут быть молодой возраст, насилие в семье в детстве, употребление алкоголя и т.д. 60% пациентов, совершивших правонарушения, проходящих через стационары или амбулатории, - это лица, находившиеся в алкогольном опьянении. Впрочем, их жертвы, то есть 40%, тоже пребывали в таком же состоянии. Так что это проблема и агрессора, и жертвы.

Факторы аутоагрессии

- негативный эмоциональный опыт детства;
- физические и сексуальные травмы;
- жестокое обращение;
- отрицательное окружение в детстве;
- депрессии.

Для аутоагрессии факторы риска, его мотивы достаточно очевидны - негативный эмоциональный опыт детства, физические и сексуальные травмы, жестокое обращение, отрицательное окружение в детстве, депрессии. Часто это

сочетается одно с другим, с запущенностью в раннем возрасте, даже если следом идут положительные микросоциальные варианты окружения. Проблемы, возникающие у женщин, в принципе те же, что и у мужчин. В анамнезе - употребление алкоголя и наркотиков, затем агрессивные действия, которые у женщин, как правило, направлены на детей. Они жестоко обращаются с ними, и ребенок становится жертвой.

Есть примеры, казалось бы, не имеющие прямого отношения к психиатрии, но это кажущаяся непричастность. В большинстве стран среди причин смертности на первом месте стоит сердечно-сосудистая патология, на втором - онкологическая. Специфика России в том, что у нас на втором месте - несчастные случаи, отравления, травмы, неестественные причины смерти. Особенно это было характерно для 1998-1999 годов, когда люди пережили дефолт. До сих пор население, по сути, не пришло в норму от пережитого стресса. Возьмем показатели самоубийств - не суицидальных попыток, а суицидов со смертельным исходом. Наши показатели в последние годы превышают «крайние» кризисные цифры, приводимые ВОЗ, в 3 раза.

Еще один аспект проблемы - отношение к здоровью мужчин и женщин. Минздрав не раз подчеркивал необходимость беречь мужчин. Этот тезис имеет свои причины. Мужчины более уязвимы для стрессов, что хорошо знают психологи и психиатры, они в 5-6 раз чаще, чем женщины, погибают в результате суицида, и это необходимо учитывать при работе врачей с данным контингентом.

Особая категория нуждающихся в нашей помощи - это дети и подростки. В России в 2002 году от насильственных посягательств пострадали 100 тыс. несовершеннолетних. В США в 2002 году было выписано 15 млн рецептов на нейролептики и антидепрессанты для детей и подростков, в Великобритании выписывается около 700 тыс. рецептов за год. Мы должны знать эту тенденцию и понять, что стоит за ней - агрессивность фармфирм или потребность населения и детей, у которых есть проблемы.

Психические заболевания начинают обгонять сердечно-сосудистые, онкологические, потому что все чаще психозы и стрессы становятся отправной точкой в развитии соматических недугов.

Шизофрения, галлюцинации, агрессивное поведение среди больных раком предстательной железы, суициды, отказы от лекарственной терапии, гнев и хроническая боль, агрессивное поведение и депрессии - аспекты нашего психического здоровья.

3. Международный опыт реализации проблемы

Оказание помощи людям с психическими и поведенческими расстройствами всегда отражало преобладающие общественные ценности в отношении восприятия психических заболеваний. В различные времена обращение с людьми, имеющими психические и поведенческие расстройства, было различным. Им придавался высокий статус в обществах, которые считали их посредниками между богом и смертью. В средневековой Европе и в других местах их избивали и сжигали на кострах. Их помещали в крупные закрытые учреждения. Их изучали в качестве объектов науки. Им оказывали помощь и интегрировали в общины, к которым они принадлежали.

Парадигма оказания помощи в области психического здоровья в XX столетии

Во второй половине XX столетия изменилась парадигма оказания помощи в области психического здоровья. Значительную роль сыграли три независимых друг от друга фактора:

- психофармакология (новые классы препаратов);
- движение за права человека стало истинно международным явлением в связи с образованием Организации Объединенных Наций;
- социальный и психический компоненты были прочно закреплены в определении ЗДОРОВЬЯ образованной в 1948 году ВОЗ.

Охрана и укрепление психического здоровья населения - это сложная задача, связанная с принятием многочисленных решений. Она предполагает необходимость определения степени приоритетности различных нужд, условий, услуг, методов лечения, стратегий профилактики и пропаганды в области психического здоровья и выбора вариантов их финансирования. Услуги и стратегии в области психического здоровья должны быть хорошо согласованы между собой и с другими услугами, например в области социального обеспечения, образования, трудоустройства и жилья. Результаты работы в области охраны психического здоровья должны подвергаться контролю и анализу в целях постоянной корректировки решений, направленных на устранение существующих проблем.

Правительство, которое в конечном итоге несет всю ответственность за психическое здоровье населения, должно взять на себя ответственность и за осуществление этих сложных видов деятельности. Одна из основных функций этой ответственности заключается в разработке и осуществлении политики. Такая политика предполагает необходимость разработки политических инструментов и организационных механизмов в области психического здоровья, определения круга вопросов, касающихся создания потенциала и развития организационных структур, решения вопросов распределения ресурсов.

Атлас проектов ВОЗ позволил собрать основную информацию о ресурсах, выделяемых на охрану психического здоровья, по 180 странам. Согласно этим данным, одна треть стран не представила информации о конкретных бюджетных средствах, выделяемых на охрану психического здоровья, половина остальных стран выделяет на охрану психического здоровья менее 1% своих бюджетных средств на здравоохранение. В четырех из десяти стран нет четко разработанной политики психического здоровья и приблизительно у одной трети нет никакой политики в области борьбы с наркоманией и алкоголизмом. Отсутствие политики, конкретно направленной на детей и подростков, носит даже еще более драматичный характер.

4. Направления развития социальной психиатрии

- культуральная психиатрия;
- промышленная психиатрия;
- экологическая психиатрия;
- психиатрия по устранению постстрессовых реакций;
- профилактическая психиатрия.

Вопросы психического здоровья населения в связи с социально-экономическими реформами общества стали приоритетными. Из приоритетов следует также назвать влияние общекультуральных факторов, психические и психологические последствия чрезвычайных ситуаций, состояние здоровья рабочих, занятых в новых социально-экономических условиях. За последние 10 лет на предприятиях не было возможности изучать психическое здоровье в связи с условиями труда. Эта проблема оказалась упущенной.

Культуральная психиатрия, изучающая особенности психического здоровья в разных этносах, для России особенно актуальна, поскольку у нас живет более 150 народностей. В регионах проведены исследования, в ходе которых сравнивались представители славянских, тюркских, финно-угорских и других этносов. Установлены особенности распространенности, условия возникновения, специфика протекания, проявления внешних признаков заболеваний, алкоголизма, суицидов и т.д. Сегодня на основании исследований разработаны региональные программы и даны рекомендации, они успешно используются в Республике Коми, Удмуртии, Хабаровском крае и других территориях.

Все большее значение начинает приобретать промышленная психиатрия в связи с меняющимися условиями труда. Среди тех, кто лидирует по психическим расстройствам, - работники газодобывающей промышленности, газотранспортной отрасли. Не случайно администрация этих предприятий активно привлекает психиатров и психотерапевтов к исследованиям. Врачи в условиях вахтового метода изучают состояние здоровья работающих и оказывают им помощь. Важно развивать профилактическое направление, которое связано с выявлением предболезни, ее проявлениями. Проводя работу на московском ЗИЛе психиатры добились снижения временной нетрудоспособности на 15% в год, люди даже гриппом болели меньше. Лечение, укрепляющее психику, привело к укреплению иммунитета.

В последние годы страна претерпела немало катаклизмов, связанных с природными факторами – землетрясениями, наводнениями. Психиатры наработали много методик, которые востребованы разными регионами в разных ситуациях. Так, экологическая психиатрия зазвучала прежде всего в связи с событиями в Чернобыле. Материалы, полученные в России, Белоруссии, уникальны, их надо обобщить, поскольку они имеют огромное значение для всего мира.

Сейчас чаще говорят о последствиях терактов. В случае с Бесланом, казалось бы, пострадали конкретные горожане, но за помощью к психиатрам обратились тысячи людей со всей страны. Здесь складывается несколько этапов работы психологов и психиатров. В числе их общение с родственниками до освобождения заложников, помощь в том числе бригадами специалистов, выезжающих в Беслан, стационарная помощь. И наконец, этап, который наступил сейчас, - устранение постстрессовых реакций, неодинаково протекающих у детей и взрослых.

Профилактическая психиатрия

Что надо делать?

- усиление первичной медицинской помощи;
- открытие кризисных отделений в стационарах и кризисных кабинетов в поликлиниках;
- создание системы социальной поддержки психических больных (совершенствование законодательства, совместные усилия исполнительных и законодательных органов власти, общественных организаций).

Среди многих мер профилактическое направление является ведущим. Должна быть усилена первичная медицинская помощь пациентам с психическими расстройствами. На повестке дня открытие психиатрических (кризисных) отделений в многопрофильных стационарах и постепенный уход от больших психиатрических учреждений, которых останется немного, открытие кризисных кабинетов в поликлиниках, куда придут со своими проблемами пациенты. Актуальны создание системы социальной поддержки психических больных, совершенствование законодательства в сфере психического здоровья, участие исполнительных и законодательных органов власти совместно с общественными организациями. Совместная работа психиатров должна дать результаты. Специалисты по социальной психиатрии утверждают, что могут влиять на развитие событий уже тем, что выделяют проблемы, указывают на них людям, принимающим решения, тем, кто может и должен заниматься ими. Совместные усилия всех заинтересованных – единственный путь, за которым последуют успешные результаты.

Список использованной литературы

1. Психолого-педагогические, медико-социальные аспекты здорового образа жизни [Текст] : сб. статей. - М. - Чебоксары, 2004
2. Зайцева В. Время большого стресса. Как уменьшить от него потери в обществе? [Текст] //Медицинская газета. - 2005. - № 6. (26.01) – С. 5.

Учебное издание
Социальные факторы,
влияющие на состояние здоровья населения
Конспект лекций

Подписано в печать 05.04.2005. Формат 60x84/16.
Бумага писчая. Печать оперативная. Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. Уч.-изд. л. 6,7. Тираж 100 экз. Заказ № 4.

ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» МЗ ЧР.
428032, Красная площадь, 1