

Улучшение здоровья 870 миллионов людей в Европейском регионе

Задача 3 – Здоровое начало жизни

Задача 4 – Здоровье молодежи

Задача 5 – Сохранение здоровья в пожилом возрасте

Достижение здоровья для всех имеет своей целью предоставление возможности для всех людей обеспечить высокое качество жизни на всем протяжении их жизненного пути. Благополучие людей находится в прямой зависимости от их здоровья, уровень которого предопределяет роль каждого человека в жизни и развитии общества, равно как и размер получаемого им в итоге вознаграждения. Функциональное состояние здоровья и качество жизни следуют за человеком рука об руку до самой смерти. Центральное место в данной главе отводится повышению результативности здравоохранительных мер в отношении всего населения.

3.1 Переходные периоды в жизни человека и его здоровье

Каждый человек за свою жизнь переживает целый ряд важных переходных периодов, знаменательных по тому или иному событию в его судьбе (см. текст в рамке). Некоторые жизненные события и обстоятельства являются характерными только для женщин или же касаются их в большей мере, например, вынашивание ребенка, оплачиваемые и неоплачиваемые многочисленные роли, а также менопауза.

ВАЖНЕЙШИЕ ПЕРИОДЫ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА:

- рождение
- переход из начальной в среднюю школу
- школьные экзамены
- уход из родительского дома
- создание собственного жилища
- начало трудовой жизни
- рождение первого ребенка
- нестабильность трудоустройства, изменение места или потеря работы
- развитие хронического заболевания
- уход с рынка труда
- потеря супруга/супруги и близких друзей

Источник: Bartley, M. et al. Socioeconomic determinants of health: Health and the life course: why safety nets matter. *British medical journal*, 314: 1194 (1997) (добавлены первый и последний пункты).

Если руководствоваться подходом с позиции жизненного цикла в деле развития политики охраны здоровья, необходимо принимать во внимание сложные взаимосвязи, возникающие между вышеперечисленными жизненными событиями, биологическими факторами риска и детерминантами здоровья. Характер взаимодействия этих элементов имеет определенные последствия для здоровья людей с момента их рождения и до смерти. Ресурс здоровья может быть исчерпан на любом этапе жизненного цикла как результат случайности, стечения обстоятельств или конкретного выбора. Подход с позиции жизненного цикла представляется более эффективным с точки зрения охвата всех контингентов населения по сравнению с принципом разработки политики и программ, исключительно нацеленных на решение той или иной проблемы здравоохранения по мере ее возникновения (предпринимаемые при этом усилия, скорее всего, будут носить фрагментарный характер и могут привести к ненужному дублированию, излишней специализации в медобслуживании одних групп и недостаточному вниманию к потребностям других групп населения). Как в среднесрочной, так и в долгосрочной перспективе подход с позиции всего жизненного цикла гарантирует проведение более эффективных здравоохранительных мер в отношении всего населения.

На каждом “перевалочном” пункте жизненного цикла оказываемая на макро- и микроуровнях поддержка может иметь благотворное влияние на здоровье и благополучие. На макроуровне предпринимаемые в отношении здоровья и благополучия всех групп населения некоторые меры носят общий характер. Социально-экономическая политика государства наряду с другими решениями правительства должна быть нацелена на создание такой окружающей человека среды, которая на протяжении всей жизни позволяет ему

целиком и полностью реализовать свой потенциал здоровья. Что же касается микроуровня, то предпринимаемые в конкретных условиях усилия, например, в быту, в школе или на рабочем месте, могут быть достаточно эффективными (см. главу 5). Медико-санитарные и социальные службы и, в частности, службы первичной медико-санитарной помощи, ориентированные на обслуживание семей по месту жительства, работающего населения по месту работы, а также отдельных групп местного населения с особыми запросами, являются важнейшими точками соприкосновения в плане оказания систематической поддержки отдельным лицам и сообществам на протяжении всего жизненного цикла, особенно в критические моменты (более подробно об этом говорится в главе 6).

Заблаговременное инвестирование в укрепление здоровья, как правило, приносит положительные результаты в последующем. Важные составляющие физического и психического здоровья закладываются в раннем периоде жизни человека, причем происходит наследование определенных черт от матери в зависимости от характера протекания дородового периода; от обоих родителей в связи с генетической предрасположенностью и уходом в послеродовом периоде; и от качества социальной и физической среды в первые годы жизни. Поэтому первые годы жизни человека должны занимать особое место и быть предметом наиболее пристального внимания в рамках политики охраны здоровья и социального обеспечения.

Дети, проживающие в странах Европейского региона, не располагают равными шансами на сохранение здоровья в течение своей жизни. Бедность родителей, в частности, может оказаться толчком для формирования целого ряда социальных факторов риска, разрушающих здоровье на протяжении всего жизненного цикла, – вот почему инвестирование в социально-экономическое благополучие родителей и семей представляется жизненно важным условием укрепления здоровья и содействия нормальному развитию. В течение всей жизни человека политика социального обеспечения должна строиться таким образом, чтобы в ней были предусмотрены не только предохранительные механизмы, но и механизмы, позволяющие если не предотвратить, то хотя бы компенсировать или ослабить, смягчить последствия неблагоприятных факторов и обстоятельств, имевших место в более ранние периоды жизни.

На протяжении всего жизненного цикла содействующими улучшению здоровья социальными факторами являются: экономическая стабильность; социальная сплоченность; формирование у людей навыков и умений и предоставление им возможностей для преобразования окружающей их среды; и, наконец, сведение к минимуму жизненных ситуаций, ассоциируемых с разочарованием или неудачей. Развитие наиболее серьезных заболеваний у взрослых характеризуется длительным течением; влияние на здоровье неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни, наносящего ущерб здоровью, нередко проявляется лишь по истечении значительного периода времени после этого, обычно в зрелом или более старшем возрасте. Для многих людей и групп населения

определенное сочетание целого ряда неблагоприятных воздействий, вариантов индивидуального выбора и жизненных обстоятельств выражается, в конечном итоге, в повышенной вероятности преждевременной смерти или инвалидности.

Далее в данной главе рассматриваются вопросы, касающиеся четырех конкретных возрастных групп населения. Постановка трех задач осуществлена применительно к детям, молодежи и лицам пожилого возраста, поскольку именно на этих этапах жизни человека имеются широкие возможности для охраны, укрепления и поддержания здоровья.

Наряду с событиями в жизни всех или большинства людей определенное стечение обстоятельств в судьбе некоторых лиц на различных этапах их жизненного пути может привести к инвалидности. В данной главе дается краткий анализ сложившейся в Регионе ситуации, а также представлены некоторые предложения в отношении стратегий по реализации потенциальных возможностей для улучшения здоровья инвалидов (более подробно этот вопрос рассматривается в разделе 5.4). В заключительной части вкратце обсуждается вопрос о том, как гарантировать право человека на достойную смерть.

3.2 Здоровое начало жизни

Обеспечение “здорового старта” в жизни ребенка должно быть наиболее приоритетной задачей, стоящей перед любым обществом. В настоящем разделе основной акцент сделан на создание необходимых условий для здорового развития детей грудного и раннего возраста до начала их учебы в школе. В частности, в нем рассматриваются такие аспекты жизни, как: рождение; физическое развитие; приобретение навыков ходьбы и речи; приобщение к принятым в обществе основополагающим ценностям и осознание важности сохранения здоровья; ознакомление с окружающей человека средой; укрепление связей с родителями и людьми, относящимися к близкому семейному кругу.

Шансы рождения здорового ребенка неодинаковы в разных странах Региона, что также верно и в отношении шансов ребенка дожить до первого года после своего рождения. За последние пятнадцать лет в большинстве западноевропейских стран на национальном уровне обеспечивалось выполнение региональной задачи ЗДВ по снижению смертности детей грудного возраста, но даже в самых благополучных странах между отдельными социальными группами наблюдается значительное неравенство. Особую озабоченность вызывают высокие показатели смертности среди новорожденных в некоторых странах восточной части Региона. Нежелательная беременность оказывается фактором риска, и во многих странах, например, отмечается значительное число беременностей среди девушек-подростков. В некоторых странах искусственное прерывание беременности по-прежнему оказывается основным методом контрацепции, и такая практика просто неприемлема на

пороге нового столетия. Во многих государствах-членах все еще остается высоким показатель материнской смертности.

Рождение здорового ребенка создает предпосылки для здоровья человека в дальнейшем, поэтому заметная роль в оказании помощи матерям и новорожденным на этом важнейшем этапе жизненного пути принадлежит службам дородового наблюдения и ведения матери и новорожденного в перинатальном периоде. Беременность и роды – это естественный физиологический процесс (хотя иногда они проходят с осложнениями), и профессиональным работникам здравоохранения следует воспринимать этот процесс именно с таких позиций. Чем выше уровень образования матери и оценка состояния ее здоровья и питания, чем лучше ее социально-экономический уровень жизни и качество предоставляемой ей медико-санитарной помощи, тем больше шансов на благоприятный исход беременности. Здоровое начало жизни ребенка во многом зависит от образа жизни его родителей и того, насколько успешно они выполняют функции родителей. От послеродовой депрессии может пострадать не только мать, но и отец, в частности, она может послужить причиной проявлений насилия в рамках семьи.

ЕВРОПЕЙСКАЯ ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА ПО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, созданная в Венеции в 1998 г., акцентировала важность основных ценностей и принципов в этой области в рамках Европейского региона ВОЗ. Медицинская помощь в ходе нормальной беременности и родов не должна быть излишне медикализирована и она должна: быть основана на использовании надлежащей технологии; предоставляться на уровне областей и регионов; быть многодисциплинарной, целостной, ориентированной на семью и приемлемой в культурном отношении по своему характеру; а также предполагать привлечение женщин к процессу принятия соответствующих решений. Эти ценности и принципы пропагандируются в рамках всего Европейского региона. В то же время следует отметить, что Беларусь и Республика Молдова являются лидерами в этом отношении и включили многие из этих принципов в свою национальную политику оказания перинатальной помощи.

Источник: Workshop on perinatal care: report on a WHO expert meeting, Venice, Italy, 16–18 April, 1998. (Семинар ВОЗ по перинатальной помощи: отчет о совещании экспертов ВОЗ (Венеция, Италия, 16–18 апреля 1998 г.). Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. (документ EUR/ICP/FMLY 01 02 02).

В Регионе существует значительное неравенство в предоставлении перинатального и постнатального обслуживания. В то время как некоторые страны тратят огромные финансовые средства на увеличение продолжительности жизни новорожденных с очень низкой массой тела, самые элементарные потребности по обеспечению здоровых родов не удовлетворяются на многих территориях Региона. Сами по себе успехи перинатальной медицины, позволяющие обеспечить выживание детей со все более низкой массой тела, привели к увеличению числа детей с особыми потребностями, что сопряжено с серьезными этическими проблемами.

Масса тела при рождении, напрямую зависящая от уровня дохода (но также и от других факторов, включая курение), указывает на наличие социальной несправедливости и представляет собой аккумулированный фактор риска, присутствующий в жизни многих поколений. По сравнению с другими детьми, относящимися к той же социальной прослойке, ребенок с низкой массой тела в большей степени подвержен риску ухудшения здоровья, в том числе риску развития ишемической болезни сердца и психических расстройств в зрелые годы. Масса тела при рождении также связана с последующими социальными обстоятельствами начиная с детства и вплоть до раннего периода возмужания, в частности с принадлежностью в зрелые годы к социальному классу с определенной профессиональной ориентацией. В первый год жизни закладывается основа для нормального физического и психического развития и хорошего здоровья в последующие годы, тогда как дети, вынужденные расти в неблагоприятной домашней обстановке и неблагополучных семьях, подвержены повышенному риску неудовлетворительного роста и развития.

Следует обеспечить укрепление связей детей с родителями и близкими родственниками и друзьями семьи. Родителям и другим близким людям принадлежит важная роль в плане передачи детям этой возрастной группы основополагающих социальных ценностей и важности заботы о своем здоровье. В кризисные или трудные моменты жизни или в случае неполной семьи сами родители и те люди, которые ухаживают за детьми, не всегда обладают необходимыми навыками по воспитанию ребенка или оказанию ему необходимой поддержки. В настоящее время в Европе происходят серьезные изменения в структуре семьи. Вследствие высоких показателей распада семей и повышения доли рождения детей от матерей, не состоящих в браке, количество “традиционных семей” сокращается. Статистика разводов в странах Центральной и Восточной Европы заметно подскочила вверх, что особенно ярко проявилось на примере Беларуси, Республики Молдова, Российской Федерации, Словакии и Эстонии. От того, что распадаются семьи, страдают дети. В некоторых странах Западной Европы, где имеет место ослабление традиционной социальной поддержки, семьи оказываются в более стрессовой ситуации по сравнению с семьями в южных и восточных частях Региона, где такая поддержка по-прежнему сильна.

Жестокое обращение с детьми грудного и раннего возраста надолго травмирует индивидуальную психику ребенка. В Регионе постоянно увеличивается число отторгнутых обществом детей улицы, и данной проблеме не всегда уделяется должное внимание. Дети – выходцы из семей эмигрантов, беженцев, незаконно проживающих в другой стране или не имеющих жилища – относятся к группе наибольшего риска в плане пополнения рядов детей улицы и, таким образом, приобщения к малолетней преступности, проституции, прогулам (занятий в школе), наркомании, нищете, насилию и попрошайничеству.

Задача 3 – Здоровое начало жизни

К 2020 г. все новорожденные, дети младшего возраста и дети дошкольного возраста в регионе должны быть более здоровыми, что обеспечит им здоровое начало жизни.

Это предполагает:

- 3.1 обеспечение всеми государствами-членами улучшения доступа населения к службам репродуктивного здоровья, службам дородовой и перинатальной помощи, а также педиатрическим службам;
- 3.2 показатель младенческой смертности не должен превышать 20 на 1000 живорожденных в любой стране; а страны, в которых эти показатели сегодня составляют менее 20 на 1000, должны попытаться снизить этот показатель до 10 на 1000 живорожденных или ниже;
- 3.3 в странах с коэффициентами младенческой смертности, составляющими сегодня менее 10 на 1000 живорожденных, должна увеличиться доля новорожденных без врожденных патологий или инвалидности;
- 3.4 сокращение не менее чем на 50% смертности и инвалидности, связанных с несчастными случаями и актами насилия в возрастной группе до 5 лет;
- 3.5 сокращение числа детей, рождающихся с массой тела менее 2500 г, по крайней мере на 20% и значительное сокращение различий между странами в этом отношении.

Предлагаемые стратегии

В главе 5 рассматривается вопрос о том, как оказывать влияние на исходные социально-экономические детерминанты, с тем чтобы добиться снижения детской смертности как в самих государствах-членах, так и между ними. Чтобы беременность была желанной, а вынашивание ребенка происходило в оптимальных условиях, очень важно иметь для этого хорошо продуманную программу планирования семьи для всего населения (включая службы генетического консультирования, если это требуется). Для беременных женщин должны быть доступны такие жизненно необходимые формы обслуживания, как общий медицинский осмотр, консультирование будущих родителей по вопросам правильного питания и отказа от курения, а также по психологическим и физическим аспектам беременности, родов и ухода за ребенком.

Одной из проверенных стратегий улучшения состояния здоровья женщин и грудных детей является инициатива “Безопасное материнство”.

ИНИЦИАТИВА “БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО” была начата в 1987 г. международным сообществом, имеющим отношение к здравоохранению, включая ВОЗ, ЮНИСЕФ, Фонд Организации Объединенных Наций по деятельности в области народонаселения, Всемирный банк и многие местные и международные НПО во всем мире, с тем чтобы добиться снижения показателей материнской и младенческой смертности и заболеваемости. В частности, ее задачи включают следующее: обеспечение квалифицированной родовспомогательной помощи; улучшение доступа к службам охраны здоровья материнства; улучшение качества служб охраны материнства; предупреждение нежелательной беременности; борьба с небезопасными абортами; измерение прогресса в этой области с помощью эффективных систем сбора данных. Начиная с 1995 г. проект ЦАРАК содействовал реализации этой инициативы в двух пробных районах в каждой из Центральноазиатских республик и в Азербайджане, что уже позволило добиться снижения показателей инфекций, кровотечений и абортов и повышения показателей использования контрацептивов.

Источник: Maternal Health and Safe Motherhood Programme: progress report 1993–1995. (Программа охраны здоровья матери и безопасного материнства: отчет о ходе работы за 1993–1995 гг.) Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1995 г. (документ WHO/FRH/MSM/96.14).

Ведением нормальных родов должны заниматься высококвалифицированные акушерки, а в случае необходимости для поддержки могут приглашаться и врачи-акушеры. Дородовая и перинатальная помощь должна опираться только на проверенные основные технологии, тогда как более сложные технологии должны использоваться для удовлетворения особых четко установленных потребностей; следует всегда учитывать потенциальные ятрогенные побочные эффекты. Качество акушерской помощи в перинатальном периоде может быть значительно улучшено за счет использования соответствующих показателей и мониторинга, включая использование средств телематерики. Следует избегать разлучения матерей и новорожденных детей после родов и уделения чрезмерного внимания установленному режиму, дисциплине и соблюдению гигиенических требований, поскольку все эти обстоятельства оказывают негативное влияние на защитные физиологические функции организма. В этом контексте полезным источником информации являются критерии ВОЗ для больниц доброжелательного отношения к ребенку (см. текст в рамке ниже). Должное внимание следует уделять образу жизни обоих родителей и их психосоциальному благополучию. Будущие матери, отцы и другие члены семьи должны воздерживаться от курения, а мать не должна употреблять наркотические средства и алкоголь. Адекватный и своевременный охват профилактическими прививками представляет собой основной механизм предупреждения болезней, и эту практику необходимо всемерно поддерживать (подробная информация по данному вопросу изложена в главе 4).

Грудное вскармливание обеспечивает оптимальное питание, формирует прочные узы между матерью и ребенком, укрепляет иммунную систему и создает дополнительный защитный механизм от инфекционных болезней и аллергических проявлений в детском

возрасте. Почти каждая мать способна иметь столько молока, чтобы полностью удовлетворять потребности своего ребенка в питании приблизительно в течение шести месяцев. Это соответствует действительности даже в условиях, приводящих к острым и длительным физиологическим и психологическим стрессам, которые в настоящее время наблюдаются в ряде стран Региона.

Создание безопасной, стабильной и поддерживающей домашней обстановки имеет особое значение, поскольку дети грудного и раннего возраста проводят много времени дома или поблизости от него и являются особенно уязвимыми в отношении существующих там неблагоприятных для здоровья факторов – инфекционных болезней; инфекций, передающихся через воду, пищу и животных; болезней, связанных с неудовлетворительными санитарными условиями; химических вредностей, содержащихся в загрязненном воздухе, воде и почве; а также опасностей для здоровья, связанных с окружающей ребенка физической средой в быту, по соседству и в результате дорожно-транспортных происшествий. Создание условий, позволяющих ребенку развивать свой физический, эмоциональный, социальный потенциал, имеет долгосрочные последствия для здоровья. Такая окружающая среда не должна быть загрязнена табачным дымом, поскольку пассивное курение оказывает выраженное пагубное воздействие на здоровье ребенка. Социальная политика должна быть ориентирована на оказание поддержки нуждающимся семьям, способствуя тем самым созданию в домашней обстановке атмосферы заботы, стабильности и безопасности.

ИНИЦИАТИВА “БОЛЬНИЦ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ” (ИБДР), провозглашенная ВОЗ и ЮНИСЕФ на состоявшемся в 1991 г. в Анкаре совещании Международной педиатрической ассоциации, ставит перед собой следующие цели:

- предоставлять матерям возможность осознанного выбора вариантов вскармливания своих новорожденных детей;
- оказывать поддержку практике раннего прикладывания к груди;
- содействовать исключительно грудному вскармливанию в течение шести месяцев;
- добиваться прекращения поставок для больниц бесплатных и дешевых детских питательных смесей;
- обращать внимание (по-видимому, на более позднем этапе и по мере необходимости) на другие аспекты охраны здоровья матери и ребенка.

Такая глобальная сеть нацелена на обеспечение “оптимального старта” в жизни каждого новорожденного путем создания таких условий для оказания медико-санитарной помощи, при которых грудное вскармливание является нормой, тем самым способствуя снижению уровней детской заболеваемости и смертности в любой стране.

По состоянию на сентябрь 1998 г. в Европейском регионе ВОЗ насчитывалось 314 больниц доброжелательного отношения к ребенку в 24 странах, однако общая цель состоит в том, чтобы все больницы в странах Региона приобрели такой статус.

Приходящая на дом семейная медицинская сестра может оказать значительную помощь родителям в создании здоровой, психосоциально стимулирующей и активной среды для новорожденных, а также такой среды, которая исключала бы бытовой травматизм.

Частный сектор также может внести свой вклад в дело охраны здоровья, например, выпуская безопасные для здоровья игрушки, которые развивают воображение детей, способствуют их нормальному развитию.

Как известно, стабильная социальная среда в первые семь лет жизни играет существенную роль при формировании психологического облика человека и приобретении необходимых навыков по преодолению стрессовых ситуаций на протяжении всей жизни. Опыт глубоких человеческих взаимоотношений и любви к ближнему создает огромный ресурс здоровья на протяжении всего жизненного цикла. Обучение матерей и отцов навыкам воспитания ребенка может стать составной частью деятельности служб здравоохранения. Консультативная помощь партнерам и родителям, а также программы школьного обучения по групповому взаимодействию и преодолению конфликтных ситуаций могут оказать положительное воздействие на здоровье детей в тех случаях, когда их родители разводятся.

Детский сад и аналогичные детские учреждения являются идеальным местом, где должны закладываться основные принципы сохранения здоровья и формироваться социальные навыки. Здесь можно познакомиться, в теории и на практике, с такими общечеловеческими ценностями, как справедливость, солидарность, человеческое достоинство. Такие учреждения также могут способствовать здоровому развитию маленьких детей путем моделирования благоприятных физических и социальных условий, предлагая детям вместе готовить здоровую пищу, обучая их “жизненным навыкам” социального взаимодействия и поддержки, а также основным правилам гигиены. Странам необходимо предпринять гораздо более энергичные меры, с тем чтобы все учреждения такого типа имели в своем распоряжении систематические программы, разработанные с учетом вышеперечисленных требований, включая специально обученный для этого персонал.

Оказание поддержки социально уязвимым детям и детям группы риска, особенно тем, кто еще не охвачен системой социального обеспечения, находится в прямой зависимости от эффективности работы служб коммунального уровня и служб, обеспечивающих охват периферийной части населения. Можно добиться гораздо более впечатляющих успехов, если работать совместно с другими партнерами, включая социальный сектор, службы по работе с детьми, НПО и благотворительные организации. Очень важная и одновременно сложная задача связана с разработкой программ во всех государствах-членах по предупреждению жестокого обращения с детьми грудного и раннего возраста, а также по

реабилитации детей – жертв насильственных действий. Для этого необходимо осуществить новый подход к постановке вопросов гласности во многих сообществах, с тем чтобы открыто обсудить проблемы, которые раньше просто “клялись под сукно”.

Руководство ВОЗ/ЮНИСЕФ по интегрированному ведению болезней детского возраста

Данное руководство направлено на сокращение смертности, а также частоты и тяжести болезней и инвалидизирующих состояний в странах; на содействие улучшению роста и развития. Основное внимание уделяется качеству помощи, оказываемой амбулаторными медицинскими службами и на уровне общины.

Считается, что названная инициатива имеет потенциальные возможности оказать значительное воздействие на глобальное бремя болезней и стать исключительно эффективной с точки зрения затрат. Она состоит из следующих трех компонентов:

- улучшения практики медицинского персонала по ведению больного за счет предоставления руководящих принципов комплексного лечения детских болезней с учетом местных условий и за счет организации мероприятий по содействию их использования;
- улучшения инфраструктуры здравоохранения, необходимой для обеспечения эффективного лечения детских болезней, включая снабжение и регулирование основных лекарственных средств и вакцин и контролирующих функций на национальном и районном уровнях;
- улучшения практики в семье и общине.

3.3 Здоровье молодежи

В настоящем разделе рассматриваются вопросы, касающиеся потенциальных возможностей сохранения здоровья в детском и подростковом возрасте или в период после начала учебы в школе и до первого контакта с рынком труда. Кроме того, сюда также включены такие события в жизни человека, как приобретение социальных навыков и навыков сохранения и укрепления собственного здоровья, период полового созревания, выполнение общественно полезных функций.

В связи с началом учебы в школе в повседневной жизни многих детей наступают большие перемены. Детский и подростковый возраст являются стадиями жизни, имеющими наивысший потенциал для интеллектуального и физического развития, в течение которых формируются пожизненные социальные навыки, включая навыки, связанные со здоровьем. Потенциал молодых людей при принятии решений относительно характера их поведения, непосредственно влияющего на здоровье, проявляется с наибольшей силой тогда, когда у них есть возможность участвовать в определении своей собственной социальной, физической и учебной среды.

Психологическое благополучие молодых людей – и в конечном итоге состояние их здоровья – тесно связаны с качеством их взаимоотношений с членами семьи, с другими взрослыми и сверстниками. Заботливая семья, участливые друзья и другие авторитетные взрослые, с которыми молодые люди могут поддерживать взаимоотношения, имеют большое значение для здорового развития и позитивного самоощущения. Высокая самооценка и умение успешно разрешать проблемы, включая преодоление конфликтных ситуаций, являются ценнейшим качеством человека, преодолевающего всевозможные трудности на своем жизненном пути.

Переживаемые в пубертантном периоде физические и эмоциональные сдвиги пробуждают у молодых людей новые чувства и ощущения. Такие изменения происходят разными темпами и с разной интенсивностью в зависимости от конкретного человека. В этот период чувства, действия и отношения могут проявляться в обостренном виде. В этот период особенно актуальным оказывается желание соответствовать нормам группы сверстников. Во многих случаях такой опыт носит достаточно позитивный характер, и его следует рассматривать как естественную часть процесса взросления.

Вместе с тем, молодежь может оказаться весьма уязвимой по отношению к определенным факторам риска, включая желание испытать на себе воздействие наркотиков, табака и алкоголя, или же по отношению к другим факторам, связанным с наступлением половой зрелости (см. раздел 5.3). Половая жизнь без предохранения по-прежнему является ведущей причиной множества случаев нежелательной беременности, искусственных абортов и болезней, передаваемых половым путем (БПП), включая ВИЧ-инфекцию. Во многих частях Региона ни школы, ни другие учреждения не предоставляют молодежи основанного на фактических данных и всестороннего сексуального образования, в результате чего молодые люди подвергаются множеству опасностей, связанных с периодом жизни, когда стремление все попробовать является нормой. Возникают совершенно ненужные эмоциональные переживания ввиду отсутствия исчерпывающей информации или понимания аспектов, относящихся к сфере проявления сексуальности, соматических изменений и функций, а также эмоциональных переживаний. Неудовлетворительно функционирующие службы конфиденциального консультирования молодежи по вопросам охраны здоровья могут также препятствовать тому, чтобы молодые люди обращались за медицинской помощью и советом к соответствующим специалистам.

Недостаточная физическая активность и нездоровые привычки питания привели к росту ожирения среди молодых людей во многих странах; если такая тенденция сохранится и в зрелом возрасте (что на самом деле нередко и происходит), то она может стать существенным фактором риска здоровью.

К сожалению, в настоящее время связанное с насилием поведение становится обычным явлением в жизни многих молодых людей и подростков. На современном этапе ведущей причиной смертности детей в возрасте старше одного года, а также подростков

оказываются как преднамеренные (причиняемые самому себе и полученные в результате умышленного насилия), так и непреднамеренные травмы. Соответствующие показатели выше среди лиц мужского пола по сравнению с женским. Все чаще и чаще дети в странах Региона оказываются жертвами сексуальной эксплуатации и актов сексуального насилия. На Всемирном конгрессе против сексуальной эксплуатации детей в коммерческих целях (август 1996 г., Стокгольм) государства-члены приняли обязательства предпринять согласованные меры на местном, национальном, региональном и международном уровнях, чтобы положить конец сексуальной эксплуатации детей.

Дальнейшее развитие средств связи, повышение роли средств массовой информации (СМИ) и информационной индустрии означают, что молодые люди во всех странах мира оказываются объектом воздействия по отношению к популяризации аналогичной продукции, определенных посылов и ценностей. Реклама, СМИ и музыка – это не просто разновидности развлекательных программ, поскольку они также выполняют задачу по рекламированию отдельных личностей, изделий, идей или стереотипов поведения, которые могут оказать как благотворное, так и разрушающее воздействие на здоровье. С точки зрения охраны здоровья значительная часть такой рекламной продукции просто противопоказана – например, отмечается устойчивая взаимосвязь между рекламой табачных изделий и показателями распространенности курения среди подростков. Чрезмерное увлечение телевизионными программами, фильмами и компьютерными играми может ассоциироваться с повышением частоты случаев насилия в жизни молодежи, а также с ее сниженной физической активностью.

Задача 4 – Здоровье молодежи⁶

К 2020 г. молодежь в Регионе должна быть более здоровой и лучше подготовлена к тому, чтобы выполнять свои обязанности в обществе.

Это предполагает:

- 4.1 дети и подростки должны обладать лучшими жизненными навыками и возможностью сделать здоровый выбор;
- 4.2 смертность и инвалидность, связанная с актами насилия и несчастными случаями⁷, в которые оказываются вовлеченными молодые люди, должны сократиться по крайней мере на 50%;
- 4.3 доля молодых людей, которым свойственны вредные привычки поведения⁸, связанные с употреблением наркотиков, табака и алкоголя, должна значительно сократиться;
- 4.4 уменьшение частоты беременностей у девочек-подростков по крайней мере на одну треть.

⁶ До 18 лет.

⁷ См. также задачу 9 “Сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев”.

⁸ См. также задачу 12 “Уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, вызывающими зависимость средствами и табаком”.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Чувство гармонии и принадлежности

Здоровье укрепляется, если люди уверены и чувствуют, что жизнью можно управлять и она имеет смысл и что они обладают достаточными способностями и возможностями (умственными, физическими, эмоциональными, социальными и материальными) для того, чтобы соответствовать любым предъявляемым к ним требованиям. Если чувство гармонии и принадлежности формируется в период младенчества и детства, то опыт, приобретаемый в семье, детском саду, школе и других связанных с охраной здоровья условиях, играет немаловажную роль в том, что молодые люди получают правильную информацию и формируют необходимые возможности и навыки по преодолению проблем, которые ставит перед ними жизнь.

Школы являются влиятельной средой, которая может формировать и поддерживать здоровье. Понимание вопросов здоровья молодыми людьми может быть значительно усилено за счет определенного содержания официальных учебных программ. Физическая среда школы может использоваться для того, чтобы в ее стенах можно было претворить в жизнь конкретные действия по охране и укреплению здоровья. С перспективной точки зрения, школа оказывает влияние на представления, отношения, действия и поведение не только учеников, но и учителей, родителей, медицинских работников и местного населения. Все аспекты организационной жизни определенным образом воздействуют на состояние физического, социального и эмоционального здоровья; более того, непосредственное участие молодежи в принятии решений является наиболее оптимальным путем осознания чувства ответственности и общественного доверия. Принятый в Европейском регионе подход к формированию “школ, содействующих укреплению здоровья”, объединяет все эти элементы, и такая концепция должна быть принята всеми школами 51 государства-члена Региона.

Службы здравоохранения

Здоровье детей старшего возраста и подростков может быть улучшено, если политика охраны здоровья молодежи будет более всеобъемлющей, сочетая в себе элементы общественного здравоохранения, укрепления здоровья и комплексного лечения детских болезней (руководящие указания ВОЗ/ЮНИСЕФ по интегрированному ведению болезней детского возраста преследуют цель не только сокращения показателей смертности, частоты и тяжести заболеваний и инвалидизирующих состояний в странах Центральной и Восточной Европы, но и создания более благоприятных условий для нормального роста и развития).

Соответствующие службы необходимо приблизить к условиям повседневной жизни (домашняя среда, школы и другие учебные заведения, а также места отдыха). Они должны быть основаны на концепции первичной медико-санитарной помощи и ориентированных на

семью служб здравоохранения. Программы профилактики травматизма, обеспечивающие охват всех мест пребывания детей и подростков, должны проводиться во всех странах Региона.

Хронические болезни, функциональные нарушения с физическими проявлениями, психосоматические жалобы и умственные расстройства могут эффективно преодолеваются, если медицинская помощь будет в равной степени сочетаться с психологическим, социальным и информационным обслуживанием. Для молодежи необходимо разработать специальные программы по решению таких важных проблем, как наркомания, самоубийства, употребление алкоголя и несчастные случаи, причем такие программы следует формулировать в сотрудничестве с социальным, информационным и другими смежными секторами.

Здоровье детей старшего возраста и подростков может быть укреплено, если удастся сократить препятствия, мешающие доступу к медицинскому обслуживанию, за счет: проведения информационных кампаний; защиты конфиденциальности сведений, полученных от молодых людей; установления гибкого графика ведения приема; организации обслуживания за пределами медицинских центров и т.п. Особо важная роль в этом плане принадлежит семейной медсестре, которая общается с людьми по месту их жительства и имеет возможность выявить ту или иную проблему на ее ранней стадии и дать разумный совет не только детям, но и их родителям.

Здоровый образ жизни

Эффективные стратегии по формированию на всю жизнь здоровых привычек питания могут сослужить добрую службу в плане противодействия дальнейшему росту таких проблем, как ожирение, болезни пищевого характера, аллергии. В число проводимых мероприятий следует включить контроль за ростом, консультирование по правильному усиленному питанию, обогащение продуктов питания микронутриентами и обеспечение постоянных запасов продовольствия. Умеренная физическая активность и рекреационные мероприятия способствуют укреплению физического, психического и социального благополучия молодежи. Спортивным обществам, молодежным клубам и другим заведениям принадлежит важная роль с точки зрения укрепления здоровья и общения людей, и эту практику следует самым активным образом поддерживать в сообществах, находящихся в социально ущемленном положении.

Ввиду особой восприимчивости молодежи к рекламе, маркетингу и популяризации новой продукции промышленность может выступать в качестве важного партнера сектора здравоохранения в отношении этой возрастной группы; вместе с тем, на данный сектор возложена ответственность твердо противодействовать продвижению на рынок изделий, которые могут нанести вред здоровью молодых людей. В главе 6 рассмотрены стратегии по

борьбе с потреблением алкоголя, табака и запрещенных лекарственных средств. Политика по регулированию деятельности средств массовой информации может оградить молодежь от вредного влияния материалов, связанных с насилием и рискованным поведением. Проводимое сверстниками обучение нередко оказывается достаточно эффективным и новаторским с позиции формирования у молодежи устойчивых навыков по противодействию вредным для здоровья стереотипам поведения и одновременно по приобщению к более здоровому образу жизни.

Маргинализованная молодежь

На государствах-членах лежит особая ответственность за формирование такой окружающей среды, отношений и практики, которые были бы ориентированы на защиту прав ребенка; за уделение первостепенного внимания мерам по борьбе с сексуальной эксплуатацией детей в коммерческих целях; и за выделение соответствующих ресурсов на решение этих проблем. Во многих странах ощущается необходимость в более тесном сотрудничестве между всеми секторами общества, чтобы препятствовать использованию детей в качестве объекта торговли на рынке сексуальных услуг и укреплять роль семьи по защите детей от сексуальной эксплуатации в коммерческих целях. Поскольку, по всей вероятности, такие дети оказываются вне поля зрения обычного медобслуживания и социального обеспечения, эффективная работа в этом направлении может быть организована на базе специальных служб коммунального уровня и служб, ориентированных на охват периферийной части населения, включая службы, функционирующие в рекреационных зонах и медицинских учреждениях.

3.4 Охрана здоровья взрослых

В настоящем разделе речь идет о потенциале здоровья взрослого населения, начиная с момента его приобщения к рынку труда и кончая, как правило, выходом на пенсию. Данный этап в жизни человека занимает порядка сорока лет и включает в себя такие жизненные вехи, как поступление на работу, выполнение родительских функций, становление человека как полноправного гражданина страны, проявление заботы о своих родителях, отъезд собственных детей из родительского дома и выход на пенсию.

С течением времени характер таких жизненных событий претерпевает существенные изменения. Для многих представителей взрослого населения в странах Европы экономические и социальные условия оказываются неудовлетворительными. Ввиду таких тенденций, как глобализация торговли и технического развития, все больше и больше людей в течение жизни относятся к числу частично занятых или же пополняют ряды безработных. В отношении тех, кто имеет работу, отсутствие должной стабильности в плане занятости и появление рабочих мест нового типа означают, что многочисленные категории

работающего населения не могут быть уверены в прочности своего служебного положения. К этим группам прежде всего относятся иностранные рабочие, иммигранты, этнические меньшинства, работающие более старшего возраста, женщины с малолетними детьми. Семья теряет свою традиционную устойчивость, и в настоящее время наблюдается возникновение множества новых форм совместной жизни.

Что касается производственно-трудовой среды, то на сегодняшний день слишком много внимания уделяется краткосрочным экономическим соображениям, а не долгосрочным инвестициям в человека, обеспечивающим создание общественно полезных функций работоспособного населения. Высокий уровень нестабильности в плане занятости может сулить краткосрочные экономические выгоды, но в долгосрочной перспективе одновременно является причиной ухудшения здоровья не только работающих, но и их подопечных, что в конечном итоге повышает нагрузку на всю систему здравоохранения.

Главным препятствием на пути достижения здоровья для всех представляется неравенство как между мужчинами и женщинами, между женским населением, проживающим в разных частях Европейского региона, а также между социальными прослойками и этническими группами. Женщины и мужчины оказываются под воздействием многих аналогичных условий, однако восприятие последних имеет свои особенности в зависимости от принадлежности к мужскому или женскому полу. Бедность и экономическая зависимость, проявления насилия, негативное отношение и другие формы дискриминации, ограниченные возможности по оказанию влияния на свою половую жизнь и репродуктивную функцию, отсутствие должного влияния на процесс принятия решений – все эти факторы оказывают негативное воздействие на состояние здоровья женщины.

Иногда женщины не располагают одинаковыми возможностями или не имеют равного доступа к основным службам здравоохранения и потенциальным возможностям по охране, укреплению и поддержанию собственного здоровья. Нередко в рамках политики и программ охраны здоровья прочно закрепляется стереотип различий по признаку пола и не в полной мере учитывается зависимое положение женщин в отношении их здоровья. В некоторых из стран, экономика которых находится в настоящее время на переходном этапе, связанные с беременностью и деторождением осложнения оказываются ведущими причинами смертности и заболеваемости женщин репродуктивного возраста. Небезопасные для здоровья аборты представляют собой угрозу для жизни значительного числа женщин, особенно проживающих в более восточной части Региона, что представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения; наивысшей степени риска в данном случае подвергаются самые бедные и самые молодые.

На современном этапе по сравнению с предыдущим периодом основную долю среди работающего населения составляют женщины, и рост численности работающих матерей и количества домашних хозяйств, в которых работают оба родителя, имеют негативные

последствия для ухода за детьми и престарелыми. Традиционно женщины справлялись с этой ролью, и во многих странах им по-прежнему это удается наряду с занятостью вне дома.

Неудовлетворительные жилищные условия и нездоровая общественная среда (см. главу 5) препятствуют многим взрослым приобщиться к поведению, способствующему укреплению здоровья. Для женщин с низкими уровнями доходов курение является одним из средств борьбы со стрессовыми явлениями, обусловленными бедностью или монотонными условиями труда. Среди населения бедных районов проблема выбора здорового образа жизни может осложняться многими факторами, в том числе:

- отсутствием достаточного числа рекреационных зон;
- ростом криминогенности, что препятствует тому, чтобы люди выходили из своих домов, общались между собой, активно отдыхали;
- неадекватным доступом к общественному транспорту;
- отсутствием или высокой стоимостью продуктов, рекомендуемых для здорового питания;
- ограничением доступа к службам первичной медико-санитарной помощи по сравнению с районами, находящимися в более благоприятном положении.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Политика укрепления здоровья призвана создавать благоприятные условия для людей в плане укрепления их потенциала по преодолению болезненных состояний, которые могут возникать в зрелые годы. Та или иная стратегия охраны здоровья должна быть также ориентирована на профилактику заболеваемости и преждевременной смертности путем воздействия на лежащие в основе этого причины и факторы риска. Вместе с тем, ряд факторов риска являются общими для сердечно-сосудистых болезней, рака и диабета (и в определенной степени для хронических респираторных болезней); к таким факторам относятся курение, злоупотребление алкоголем, нездоровый рацион питания, недостаточная физическая активность и во все большей степени стресс. Поэтому вместо того, чтобы концентрировать профилактические усилия только на индивидуальных факторах, необходимо применять такой комплексный программный подход, который учитывал бы все основные факторы риска в рамках более широкой стратегии укрепления здоровья и профилактики болезней, изложенной в главе 5.

Обеспечение гарантии занятости способствует сохранению и укреплению здоровья работающего населения. Получаемый таким образом прирост в индивидуальной производительности труда и снижение затрат на медобслуживание также приводят к долгосрочным экономическим выгодам. Кроме того, как отмечается в главе 5, здоровье

работающего населения может быть улучшено, если наряду с обеспечением гарантии занятости, политика рынков труда будет способствовать гибкой, учитывающей интересы семьи практике трудоустройства, позволяя трудящимся сочетать участие в рынке труда со своими личными и семейными заботами. Выполнению задачи укрепления здоровья работающих и членов их семей могут способствовать такие факторы, как предоставление отпусков по уходу за ребенком, занятость в течение неполной рабочей недели и работа по совместительству.

Здоровье и благополучие женщин

Оказывая поддержку и претворяя в жизнь обязательства, взятые в рамках различных международных договоренностей (особенно по линии Пекинской декларации и Платформы для действий, Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития, Копенгагенской декларации по социальному развитию и Конвенции по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин), правительства стран в сотрудничестве с неправительственными организациями и объединениями работодателей и трудящихся, а также при содействии международных учреждений располагают реальными возможностями по укреплению и охране здоровья женщин.

Представляется возможным добиться укрепления здоровья женщин путем организации более доступной, имеющейся в наличии и недорогостоящей первичной медико-санитарной помощи высокого качества, включая службы охраны сексуального и репродуктивного здоровья (например, центры и информационные службы по планированию семьи), уделяя при этом особое внимание службам родовспоможения и оказания неотложной акушерской помощи. В соответствии с согласованными мерами, намеченными по линии Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития, признание проблемы негативных последствий небезопасного для здоровья искусственного аборта и поиск ее решения представляют собой основные объекты внимания систем здравоохранения некоторых стран и, как сказано выше, обуславливают необходимость проведения хорошо организованной программы по планированию семьи.

Реорганизация служб медико-санитарной информации и пересмотр программ в области подготовки медицинских работников с учетом принадлежности к мужскому или женскому полу, развития навыков общения и установления межличностных контактов, а также принимая во внимание право клиента на сохранение конфиденциальности и обслуживание в приватной обстановке, – все эти подходы позволят обеспечить доступ большего числа женщин к адекватным службам охраны здоровья и таким образом гарантировать лечение в соответствии с их нуждами и запросами.

В порядке стимулирования равенства между мужчинами и женщинами, между женщинами, проживающими в разных частях Европейского региона, и между женщинами из разных социальных прослоек и этнических групп во всех курсах действий, осуществляемых сектором здравоохранения и другими секторами, следует учитывать

гендерный фактор. Особое внимание необходимо уделять разработке политики и программ, содействующих выполнению мужчинами и женщинами типичных многочисленных ролей и обязанностей, будь то в индивидуальном качестве, в роли родителей, работающих или лиц, ухаживающих за другими людьми, а также обеспечивающих преодоление связанных с половыми различиями препятствий на пути медико-санитарного и гуманитарного развития.

ГЕНДЕРНЫЙ ФАКТОР – УЧЕТ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

В рамках политики охраны здоровья гендерному фактору принадлежит жизненно важная роль, поскольку благодаря ему:

- признается необходимость полноправного участия женщин и мужчин в процессе принятия решений;
- в одинаковой мере оцениваются знания, достоинства и опыт женщин и мужчин;
- обеспечивается определение потребностей и приоритетов в медобслуживании как женщин, так и мужчин, а также отдается должное тому, что отдельные проблемы охраны здоровья являются типичными или имеют более серьезные последствия для одного или другого пола;
- достигается более глубокое понимание причин ухудшения здоровья;
- обеспечивается проведение более эффективных мер по укреплению здоровья;
- создаются более благоприятные условия для равенства в вопросах охраны здоровья и медико-санитарного обслуживания.

Создание безопасных условий в быту и по месту жительства

Адекватные жилищные условия являются предпосылками для здоровья. Жилищные потребности людей, как правило, меняются на протяжении их жизни. Жилища должны позволять гибкую адаптацию к этим меняющимся потребностям, включая последствия, связанные с увеличением доли работы на дому. Рекреационные зоны, безопасные улицы и доступ к общественному транспорту и основным удобствам и службам представляются жизненно важными ресурсами для обеспечения благоприятных для здоровья и безопасных условий по месту жительства и развития социальной инфраструктуры, и такие возможности следует поддерживать и совершенствовать. Представляется возможным добиться укрепления здоровья путем активизации работы первичного звена по повышению уровня охвата населения профилактическими прививками и уделению большего внимания раннему выявлению сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и реабилитации лиц с хроническими болезнями. При этом медобслуживание должно быть доступно для самых нуждающихся контингентов населения (см. главу 6).

Здоровый образ жизни

Именно на взрослых нередко возлагается ответственность заботиться о других. Поэтому здоровье многих людей находится в зависимости от того выбора в отношении

здорового образа жизни, которому отдают предпочтение взрослые или располагают соответствующими возможностями сделать это. Обеспечение доступа к здоровой и приемлемой пище, распространение информации, соответствующее этикетирование пищевых продуктов (полученных, в частности, с помощью генной инженерии), а также информирование и обучение безопасным для здоровья способам приготовления пищи могут способствовать сохранению и укреплению здоровья как отдельных лиц, так и целых семей. Умеренная физическая активность представляется одним из краеугольных камней крепкого здоровья взрослого населения. В главе 5 представлен обзор выгод для здоровья, получаемых благодаря физической активности. При проектировании зданий и сооружений, предназначенных для ежедневной деятельности человека, следует предусматривать условия для умеренной физической активности.

3.5 Сохранение здоровья в пожилом возрасте

Восемнадцать из 20 стран мира с наибольшей долей пожилого населения находятся в Европейском регионе ВОЗ. В этих странах от 13,2% до 17,9% населения составляют люди старше 65 лет. В течение предстоящих 20 лет произойдет очень значительное увеличение доли населения этой возрастной группы, причем наибольшее увеличение в большинстве стран будет наблюдаться среди очень пожилых (т.е. людей в возрасте 80 лет и старше). В течение следующих 30 лет доля людей в возрасте старше 80 лет (в пределах возрастной группы старше 65 лет) возрастет в целом по Европе от 22% до более чем 30%.

Старение является естественным физиологическим процессом, при котором организм человека претерпевает серьезные изменения. Существует довольно широкий спектр различий в отношении того, что это означает для конкретных людей и для их способности вести активный и приносящий удовлетворение образ жизни. Многие пожилые люди остаются активными и полностью независимыми вплоть до последних дней своей жизни. Основными угрозами для здоровья пожилых людей являются деменция, депрессия и попытки самоубийства, рак, остеопороз, недержание и травмы.

В настоящем разделе ставятся под сомнение некоторые мифы, связанные со старением, и обращается внимание на то, каким образом стратегии, ориентированные на создание более безопасных для здоровья условий по месту жительства и проведение более заботливой политики охраны здоровья и социального обеспечения, включая соответствующие службы, могут облегчить положение людей старшего возраста.

Несмотря на то, что пожилые люди являются более уязвимыми по отношению к вышеуказанным опасностям, они ни в коем случае не представляют собой неизбежную часть процесса старения каждого человека. Во многих частях Региона слишком много

внимания уделяется снижению функциональных способностей и слишком мало – возможностям оставаться активными. Кроме того, более серьезного внимания заслуживают медико-санитарные последствия, связанные с проблемой ограничения социальной роли человека на протяжении его жизненного цикла. Хотя взрослые и выполняют многие социальные и экономические функции, они нередко оказываются слабо подготовленными к активной и плодотворной социальной жизни, когда их постоянная трудовая занятость подходит к концу, дети покинули родительский дом, а уровень функциональной способности организма начинает падать. Во многих случаях причины ухудшения здоровья объясняются неправильным представлением о том, что процесс старения сопровождается бездействием и что он начинается только в возрасте 65 лет.

Существует немало возможностей для сохранения активности и интереса к жизни. Повышается образовательный уровень людей в возрасте 65 лет и старше, не говоря о том, что для людей старшего возраста стали появляться новые возможности для продолжения обучения. В некоторых странах, возможно, благодаря повышению образовательного уровня, люди более старшего поколения стали объединяться в политические группировки и группы действий по защите интересов пенсионеров, с тем чтобы открыто заявлять о своих требованиях в связи с развитием социальной политики и политики здравоохранения, а также служб социальной помощи и охраны здоровья. Если мыслить более масштабно, то прилагается слишком мало усилий, чтобы удовлетворить меняющиеся потребности и ожидания людей старшего возраста и подготовиться к росту численности стареющего населения в Европе.

Женщины живут дольше, чем мужчины, однако эти дополнительные годы жизни нередко ассоциируются с хронической заболеваемостью, инвалидностью и трудностями функционирования без помощи других, особенно в группе преклонного возраста (женщин в возрасте 80 лет и старше). Зависимость имеет физические, экономические, психологические и социальные параметры, которые самым негативным образом сказываются на качестве жизни действительно состарившихся женщин, то есть той их части, которая в настоящее время составляет порядка 60–64%. В отличие от мужчин особенность изменения функциональной способности женщин состоит в том, что по мере уменьшения их мышечной массы они раньше, чем мужчины, оказываются ниже “критической планки”.

У женщин, как правило, меньше сбережений и более низкие уровни заработков по сравнению с мужчинами, и в ближайшее десятилетие такая тенденция, по-видимому, сохранится, что не может не отразиться на структуре государственных расходов и охране здоровья и качестве жизни женщин.

Физическое окружение представляет собой один из важных определяющих факторов способности пожилых людей сохранять свою самостоятельность, находясь дома или при выходе на улицу. Жилье, транспорт и организация местных служб в настоящее время часто

серьезно препятствуют сохранению функциональных способностей многих пожилых людей, а также затрудняют поддержание на должном уровне их социальной активности. В частности, многие транспортные системы в Европе не являются легко доступными для пожилых людей. Доступ и посадка в автобусы или вагоны метро нередко связан с большими трудностями.

Большинство пожилых граждан хотят жить в своих домах как можно дольше. Однако в ряде стран Региона отсутствуют надлежащие службы по обеспечению ухода на дому – особенно для людей, страдающих деменцией. Во многих странах люди старшего возраста не располагают доступом к службам профилактической медицины. Вместе с тем, такие службы имеют чрезвычайно важное значение для пожилых людей, что подтверждается большой потребностью в помощи, связанной с травматизмом. В целом реабилитация доказала свою огромную полезность для оказания помощи пожилым людям жить независимой жизнью и для повышения их самостоятельности и качества жизни.

Пожилые люди потребляют непропорционально большое количество всевозможных прописываемых лекарственных средств. В некоторых странах экстенсивное использование лекарств, очевидно, призвано компенсировать нехватку реабилитационных служб. Соблюдение схемы приема лекарств может представлять собой большую проблему, особенно для одиноких пожилых людей.

Современные учебные программы подготовки специалистов здравоохранения зачастую основаны исключительно на медикаментозных методах лечения и стационарной помощи; это способствует предоставлению значительного числа неадекватных видов обслуживания для пожилых людей в Регионе.

Задача 5 – Сохранение здоровья в пожилом возрасте

К 2020 г. люди в возрасте старше 65 лет должны иметь возможность полностью реализовать имеющийся у них потенциал в отношении собственного здоровья и выполнять активную социальную роль в обществе.

Это предполагает:

- 5.1 увеличение на 20% ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности в возрасте 65 лет;
- 5.2 увеличение по крайней мере на 50% доли людей в возрасте 80 лет, обладающих таким уровнем здоровья, который позволяет им сохранять в домашних условиях независимость, самоуважение и надлежащее место в обществе.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Сохранение здоровья в пожилом возрасте

Здоровье может быть улучшено, если общественность европейских стран предпримет активные меры по изменению негативного отношения к старению, а также если люди среднего возраста будут иметь возможность постепенно сокращать объем своей занятости по основному месту работы, одновременно увеличивая свою нагрузку в социальном плане, то есть станут выполнять общественно значимую роль по мере завершения своей постоянной занятости. Пожилые люди представляют собой огромный ресурс для своих семей и для общества и могут внести значительный вклад в их качество жизни и благополучие. Их опыт и накопленная мудрость неоценимы для воспитания детей и для других взрослых в семье, приносят пользу обществу в целом и общине, в которой они проживают в течение долгих лет после того, как прекращают регулярно трудиться. Вместе с тем, в наши дни этот потенциал редко используется в полной мере.

Местные сообщества

Люди старшего возраста нуждаются в поддержке, чтобы принимать участие в общественной жизни и мероприятиях на коммунальном уровне. Работая бок о бок, пожилые, члены их семей, персонал по уходу за ними, местная община и НПО располагают реальными возможностями по поиску новаторских подходов к созданию таких условий, при которых их жизнь и впредь будет активной и интересной. Такие стратегии могут сослужить добрую службу по укреплению потенциала пожилого человека, когда он переживает такие трудные моменты в своей жизни, как потеря супруга/супруги, члена семьи или друга. Физическая среда должна обеспечивать необходимые условия для участия людей старшего возраста в общественной жизни, а также для ежедневного общения с другими людьми. Здоровье может быть улучшено, если системы планирования городов и транспорта будут предназначены для использования всеми людьми и если дорожные знаки и указатели будут иметь достаточно крупные габариты, чтобы пожилые люди могли без труда ознакомиться с их содержанием.

Охрана здоровья и социальная поддержка

Учитывая демографическую структуру европейских обществ, все более важными становятся социальная и другие виды политики, направленные на сохранение самостоятельности людей преклонного возраста и поощрение солидарности между поколениями. Соответствующие курсы действий также необходимы для обеспечения адекватного уровня дохода и субсидий на покрытие расходов в связи с приобретением таких жизненно необходимых вещей, как продукты питания и топливо, особенно в некоторых восточных частях Региона. Эффективная комплексная политика в области охраны здоровья и социальной поддержки сочетает в себе следующие качества: ориентация на нужды

населения, широкое участие, учет местной специфики и нужд населения и акцент на конкретные выгоды для здоровья. Результаты анализа конкретных ситуаций показали, что проводимая в отношении пожилых людей стратегия будет эффективной, если для совершенствования их медобслуживания и других служб будут привлечены городские власти и местная община.

Службы здравоохранения

Благодаря использованию относительно недорогих приспособлений и видов обслуживания можно значительно расширить возможности пожилых людей в плане их самостоятельности. Систематические профилактические меры, направленные на улучшение слуха, подвижности (замена головки тазобедренного сустава), зрения и способности по пережевыванию пищи (протезирование зубов), могут принести значительную пользу с точки зрения благополучия, самостоятельности и активности и заслуживают гораздо большей приоритетности. Качество жизни пожилых людей и их семей может быть улучшено, а дорогостоящий уход за этой группой населения может быть значительно сокращен, если обслуживание будет строиться с учетом принадлежности к мужскому или женскому полу, будет основываться на принципах первичной медико-санитарной помощи и активно направлено на каждого престарелого человека в местной общине (например, через деятельность семейных медсестер – см. главу 6). К числу ключевых элементов обслуживания относится не только оценка потребностей в медобслуживании, но и анализ потенциальных возможностей каждого престарелого человека, включая его непосредственное окружение. Если пожилой человек предпочитает оставаться дома, то ему необходимо оказать поддержку в целях адаптации бытовых условий к его/ее потребностям; предоставление патронажной помощи должно способствовать сохранению самостоятельности пожилых людей; кроме того, этот же круг задач должен быть в центре внимания персонала медико-реабилитационных пансионатов. Надлежащая координация деятельности служб охраны здоровья и социальной поддержки на коммунальном уровне обеспечивает непрерывность ухода, оказание содействия людям в домашней обстановке в течение как можно более длительного периода, а также использование учреждений по уходу лишь в случае необходимости.

В учебных программах по первичной медико-санитарной помощи должно уделяться гораздо больше внимания потребностям и потенциальным возможностям пожилых людей; кроме того, они должны быть ориентированы на достижение основной цели – сохранение их самостоятельности. Такие программы должны разрабатываться с учетом меняющегося образовательного уровня будущих поколений людей старшего возраста и учитывать всевозможные представления пожилых людей о предназначенных для них видах обслуживания. Гериатрическая помощь – это всего лишь один из необходимых элементов, и ее возможности переоценивать не следует.

Возможности для реабилитации необходимо улучшить во многих странах Региона, а в условиях некоторых систем они должны стать более доступными. Реабилитация представляется более эффективной с точки зрения затрат, чем содержание пожилых людей в стационарах. Предназначенные для престарелых людей лечебницы должны базироваться на принципах поддержания их самостоятельности, самооценки и гражданского статуса, а также учитывать особенности половой принадлежности своих подопечных, большинство которых составляют женщины.

Более рациональные службы медицинской помощи и реабилитации могут также способствовать сокращению количества потребляемых пожилыми людьми лекарств. При назначении лекарственного лечения лицо, прописывающее то или иное лекарство, должно учитывать стоимость курса лечения, особенно в тех случаях, когда пожилым пациентам приходится приобретать их за свой счет. Упаковки с лекарствами должны быть снабжены соответствующими этикетками, а размеры, форма, цвет и внешний вид таблеток и капсул должны быть подходящими для людей, испытывающих определенные затруднения, связанные с приемом медикаментов.

СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ НА ОСТРОВЕ САМОС

В настоящее время на острове Самос в Эгейском море ведется работа по созданию комплексной системы оказания поддержки пожилым, которая опирается на широкое ознакомление жителей острова с этой проблемой и сотрудничество между несколькими различными секторами. Преследуемая при этом цель состоит в более оптимальном распределении местных ресурсов и создании безопасной окружающей среды, способствующей улучшению эмоционального состояния и физического здоровья пожилых. Данный проект также благотворно скажется на положении дел в туристическом секторе, способствуя созданию здоровой и безопасной окружающей обстановки, привлекая тем самым пожилых людей посетить Самос и таким образом обеспечить дополнительные поступления в бюджет острова, которые впоследствии могут быть реинвестированы в развитие сферы услуг.

Предстоит организовать центр поддержки пожилых, где будут храниться их медицинские карточки. Любая заявка по поводу необходимого обслуживания, поступающая от пожилого человека или его/ее попечителя, будет передаваться соответствующему специалисту (например, сестринскому персоналу, провизорам, социальным работникам, физиотерапевтам и т.д.) наряду с необходимой информацией, содержащейся в его/ее карточке. Такие заявки можно будет оформлять вручную или автоматически в любой части острова, используя для этого средства телематики (например, с помощью персонального мобильного телефона, автоматического пейджера и устройств, определяющих местонахождение клиента).

На острове Самос обслуживающий персонал по-прежнему, как правило, комплектуется за счет местного населения, отдельных семей или соседей. Благодаря таким инициативам, как организация магазинов, гостиниц, ресторанов и других заведений "доброжелательного отношения к пожилым", жизнь для людей старшего возраста, включая местных жителей и гостей, а также их попечителей, становится более комфортной. К другим мероприятиям по изменению облика острова относятся такие, как реконструкция дорожного покрытия, обустройство наклонных переходов и перил для создания более благоприятных условий для мобильности пожилых, строительство более удобных сооружений и затененных зон отдыха.

Источник: Humphreys, P. *Healthy aging on the island of Samos. Networking for health.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 г. (RHN Conferences Series No. 4).

3.6 Достойная смерть

Во многих странах Региона уход из жизни все больше рассматривается не как естественный этап жизни, а как период, проведенный людьми в социальной и эмоциональной изоляции в больнице. Несмотря на то, что значительная часть бюджетов на оказание медицинской помощи тратится на людей в последние годы их жизни, и особенно в период, непосредственно предшествующий смерти, все большее число пациентов стремятся к менее технически сложной помощи для того, чтобы иметь возможность достойно уйти из жизни. Кроме того, во многих государствах-членах ширится дискуссия в отношении того, какое влияние сами люди оказывают или должны оказывать на обстоятельства, связанные с их собственной смертью, и этот вопрос затрагивает множество сложных этических проблем.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Все люди должны пользоваться правом на достойный уход из жизни, с учетом уважения к их культурным ценностям. Это может быть достигнуто, если государства-члены одобряют политику, которая позволяла бы людям, при наличии такой возможности, умирать в тех местах, которые они выберут сами, в окружении людей, которых они хотели бы видеть, и по возможности без боли и мучений. Желания отдельных людей должны быть учтены при принятии решений, касающихся смерти.

Необходимо укрепить профессиональное образование в области паллиативной помощи. Специалисты, обеспечивающие уход, должны интенсивно размышлять о человеческой природе, включая духовные аспекты жизни и ее конечных стадий, с тем чтобы люди могли принимать смерть как естественную часть человеческого существования. Кроме того, необходимая поддержка должна быть предложена семьям, друзьям и тем, кто ухаживает за умирающим человеком.

Самого серьезного внимания заслуживает работа, выполняемая все большим числом больниц для безнадежно больных (хосписами). В таких учреждениях основной упор делается на оказание паллиативной помощи и проведение обезболивающей терапии. Особое внимание уделяется созданию заботливой атмосферы, придавая большое значение важности общения с другими пациентами и утешению умирающего, насколько это возможно.