

УДК 616.036

О. М. БАРНА, Л. С. БАРНА

Місце системи громадського здоров'я у профілактиці хронічних неінфекційних захворювань

Загально визнано, що ізольованим втручанням на державному рівні та вольовими політичними рішеннями складно домогтися важливих соціальних цілей, зокрема позитивного впливу на стан громадського здоров'я. Цей складний процес має відбуватися за підтримки та активної участі громадянського суспільства. В Основах політики охорони здоров'я для Європейського регіону (Здоров'я – 2020) представлено загальне розуміння важливості соціальних детермінант здоров'я та соціальної справедливості, здійснення колективного керівництва, впровадження підходу, заснованого на охопленні всіх етапів життя, зміцнення систем охорони здоров'я, удосконалення та координації підходів до вирішення проблем з позицій суспільної охорони здоров'я, проведення роботи з місцевими громадами і розробки цільових орієнтирів, як засіб поліпшення здоров'я популяції. Тому актуальним є вивчення досвіду зарубіжних країн щодо профілактики у сфері охорони здоров'я з метою використання його в Україні [1, 2].

Відповідальність за цей процес має розподілятися між політиками, адміністративними органами, працівниками системи охорони здоров'я та громадських організацій. Вони повинні вивчати баланс між здоров'ям та прибутком, а також бути в курсі конфліктів інтересів з промисловими підприємствами [6, 9]. Кампанії у ЗМІ та індивідуальне втручання, спрямоване на зміну поведінки, можуть поліпшувати здоров'я, але, швидше за все, будуть ефективними лише за умови впровадження комплементарної політики або нормативно-правової бази, які сприятимуть тому, що здоровий вибір буде легким вибором. Розповсюдження інтернет-мереж також може давати нові можливості.

Нижче наводимо основні стратегії, які рекомендують різні Європейські інституції для покращення профілактики хронічних неінфекційних захворювань шляхом впливу на основні фактори їх ризику [10].

Харчування

Зміни харчових звичок з нездорових на здорові та зменшення загальної щоденної калорійності їжі вестимуть до істотного зниження серцево-судинного ризику. Харчування – це дуже складна сфера, що лежить на перетині особистісного вибору, виробництва та маркетингу. Політика здорового харчування повинна бути спрямована на сприяння та стимулювання позитивної взаємодії між урядовими інстанціями, промисловістю та широкою громадськістю, аби спільними зусиллями досягати суттєвого зниження частоти ССЗ.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, вміст солі у щоденному раціоні не має перевищувати 5 г, насичені жири та вільний цукор мають складати менше 10 % від загальної кількості калорій, а промислово вироблені трансгенні жири (транс-жири) необхідно взагалі виключити з раціону харчування. Зростає розуміння потенційної користі від політичного втручання у сільськогосподарський сектор з метою впливу на сільськогосподарську

практику виробництва – субсидії на продаж фруктів та овочів підвищують їх фінансову доступність для населення. У ЄС набула повсюдного поширення програма постачання фруктів у школи, яка вже дала деяку користь. Субсидії в аграрній сфері виявилися дуже успішними у Фінляндії, де фермери перейшли до виробництва олій, насіння та ягід.

У деяких країнах розроблені регуляторні рекомендації щодо зменшення споживання солі до рівня менше 6 г/день, хоча далі політичних заяв справа майже не зрушилася. Вісімдесят відсотків від загальної кількості солі надходить з промислово вироблених готових харчових продуктів, успішні результати від тиску на виробників харчових продуктів та різні уряди у цьому питанні постійно зростають. Законодавчі заходи щодо зменшення вмісту солі у раціоні харчування (від 14 до 9 г/день) виявилися ефективними у Фінляндії, за прикладом якої пішли інші країни. На відміну від цього, добровільні угоди в рамках співпраці з підприємствами харчової промисловості привели до менших скорочень, наприклад у Великій Британії зменшення відбулося від 9,5 до 8,6 г/день). Законодавчі заходи, спрямовані на зменшення споживання солі, у 20 разів ефективніші за добровільні схеми [11].

У Данії, Швеції, Ісландії, Австрії, Швейцарії, в американських Сіетлі та Нью-Йорку успішно запроваджено на законодавчому рівні вимоги до виключення з харчового виробництва промислових трансжирних кислот. Добровільний підхід у Великій Британії та Нідерландах приводить до значно повільнішого зменшення додавання транс-жирів до харчових продуктів.

Обмеження реклами напівфабрикатів та шкідливої їжі (багатої на вміст жиру, солі та цукру) можуть бути дуже дієвими. У Великій Британії Управління в справах зв'язку та комунікацій заборонило на ТБ рекламу харчових продуктів із високим вмістом жиру, солі та цукру (ГФС), спрямовану на дітей, у той час, коли саме діти складають понад 60 % аудиторії. Споживання в 2007/2008 роках скоротилося приблизно на третину, порівняно з 2005 роком [10].

У Нідерландах рекомендується додавати логотип «здоровий вибір» до «базових» продуктів, а на «небазові» продукти ставити логотип «свідомий вибір». Рада міністрів країн Скандинавії погодила застосування символу замкової щілини, який вказуватиме на здорові продукти харчування. У Північній Карелії (у Фінляндії) започаткували програму зі здорового харчування в закладах громадського харчування та в їдальнях на підприємствах, яка надалі була розгорнута по всій країні [5]. У 2008 році в Лос-Анджелесі було заборонено відкривати нові закусочні (заклади фаст-фуду), що мало на меті зниження показників ожиріння. Заборона охоплює невелику територію, тому її ефект лишається незрозумілим.

Куріння

Будь-яке зменшення розповсюженості куріння, активного та пасивного, вестиме до зменшення показників серцево-судинної захворюваності та смертності. Хоча поширеність куріння зменшується, це скорочення менш помітне у нижчих соціально-економічних групах, окрім того, часто повідомляють про занижені дані. Не існує безпечного рівня для пасивної експозиції цигаркового диму, і тому єдиний спосіб захистити тих, хто не курить, – це створити навколишнє середовище, цілком вільне від куріння. Політика добровільної згоди, розмежування зон для курців та некурців і покращена вентиляція не зменшують вторинної експозиції диму до прийняттого рівня [6, 9].

Рамкову конвенцію ВООЗ щодо боротьби з тютюном, у якій визначено рекомендації щодо впровадження комплексних законів про повну заборону куріння на державному рівні, на сьогодні прийнято у понад 170 країнах. Щоб уникнути продажу на кордонах, необхідно домагатися гармонізації акцизних ставок на високому рівні в межах країн ЄС [11].

Важливо, що на кожні 10% підвищення роздрібною ціни припадає зменшення споживання тютюну на 4% у країнах із високим рівнем доходів та на 8% – у країнах з низьким та середнім рівнями доходу. Підлітки та бідні люди є більш чутливими до збільшення податків, при цьому ймовірність повної відмови від куріння через зростання цін у цих верствах населення підвищується у 2–3 рази. Підлітки не турбуються про наслідки куріння для здоров'я та більш сприйнятливі до тиску з боку однолітків і реклами. Кілька досліджень з втручання на рівні спільнот показали, що обмеження доступу підлітків до тютюну веде до зниження серед них поширення куріння [12].

Заборона на куріння у громадських місцях привела до зниження впливу пасивного куріння та, за деякими оцінками, до зниження на 17% частоти інфаркту міокарда.

Один із найкращих способів сприяти підвищенню обізнаності про небезпеку тютюну – це вимога обов'язково друкувати на упаковках великі ілюстровані попередження, які підвищують розуміння ризику та зменшують частоту куріння, проте такі зміни не можна віднести лише на рахунок маркування. Повна заборона на всю рекламу та маркетинг можуть привести до скорочення споживання тютюну на 7%, у той час як часткова заборона реклами не має практично ніякого впливу на поширення куріння [11].

Заборона куріння на робочих місцях привела до зменшення впливу пасивного куріння, зокрема, серед співробітників у готель-

ному бізнесі, зменшення кількості викурених впродовж робочого дня цигарок та збільшення частоти відмови від куріння. Обмеження на куріння в цілому може привести до зрушення у культурному сприйнятті в бік «денормалізації» куріння, оскільки після введення нових законів відзначали високу суспільну підтримку та дотримання заборони на куріння. Політика, спрямована на заборону куріння на робочих місцях, може забезпечити значну економію коштів для роботодавців, а також сприятливо впливати на здоров'я колишнього курця, не завдаючи збитків бізнесу в ресторанах та барах [12].

Гіподинамія

Будь-яке збільшення щоденної фізичної активності та зменшення часу, який людина проводить сидячи, приводить до зниження СС захворюваності та смертності. Відзначаються тенденції до інтеграції фізичної активності у повсякденне життя, наприклад, зменшення часу, коли людина постійно сидить, сприяння активним поїздам на роботу, наприклад, на велосипеді або пішки. В одному імітаційному дослідженні було продемонстровано, що зміни параметрів навколишнього середовища на підтримку більш активного способу життя є економічно виправданими. Проте, громадська думка з приводу важливості фізичної активності у деяких країнах, наприклад, у Хорватії, залишається відносно низькою [10].

Рекомендації на популяційному рівні закликають до зміни середовища у спосіб, який сприяв би збільшенню фізичної активності в рамках повсякденного життя, аби людям легше було дотримуватися поточних регуляторних вимог, які, зокрема, пропонують помірно інтенсивну фізичну активність (наприклад, швидку ходьбу) протягом щонайменше 30 хвилин 5 днів/тиждень або високоінтенсивну фізичну активність (наприклад, біг) протягом як мінімум 25 хвилин тричі на тиждень, або комбінацію обох підходів [1, 4].

Оподаткування приватного автотранспорту, введення дорожніх зборів з водіїв та підвищення плати за паркування разом із зменшенням плати за проїзд у громадському транспорті можуть сприяти формуванню більш фізично активних режимів переміщення. Перерозподіл дорожнього простору шляхом введення пішохідних доріжок та доріжок для велосипедів, закриття або звуження доріг в межах міста, а також створення та розвиток місць для фізичної активності сприятливо впливатимуть на ситуацію.

Проектування шкільних дворів у спосіб, який би заохочував проведення різноманітних фізично активних ігор, у поєднанні з уведенням вимоги до обов'язкового перебування школярів на шкільному дворі під час перерв, сприятиме фізичній активності [11]. Слід заохочувати співробітників до того, аби вони приходили на роботу та йшли з роботи пішки або їздили на велосипеді чи користувалися іншими видами транспорту, що передбачають фізичну активність. Нарешті, введення систематичних перерв у постійному сидінні на робочому місті є новою перспективною опцією.

Алкоголь

Незважаючи на те, що «легке або помірне» споживання алкоголю може бути корисним для профілактики ССЗ, це твердження

часто інтерпретують некоректно. Надмірне споживання алкоголю вочевидь пов'язане із підвищенням серцево-судинної смертності, більше того, алкоголь вважається другим із головних чинників, які призводять до втрати років за індексом DALY у країнах із високим рівнем доходів. Таким чином, рекомендації для осіб, які не вживають алкоголь, не впроваджуються [12].

ВООЗ та ЄС рекомендують вводити податки, впроваджувати на законодавчому рівні низький допустимий рівень концентрації алкоголю в крові для водіїв, мінімальний вік для придбання алкоголю та регулювання доступності алкоголю [13]. Величезний об'єм літературних даних вказує на те, що на кожні 10 % збільшення роздрібною ціни споживання алкоголю знижується на 5,1 %, діапазон становить від 4,6 % на пиво до 8,0 % для міцних напоїв.

Ефективними вважають вікові обмеження на продаж та подачу алкогольних напоїв у закладах із введенням правової відповідальності для магазинів та ресторанів, які порушують ці правила. Різноманітні стратегії щодо водіння у нетверезому стані дозволяють дуже ефективно знижувати кількість осіб, які сідають за руль після споживання алкоголю, це може спричиняти непрямий вплив на загальне вживання алкоголю [13]. Введення на маркуванні алкоголю інформації про калорійність та попередження про шкідливий вплив алкоголю на здоров'я мало обмежений ефект.

Алкогольна реклама, промоційні акції та спонсорство подій виробниками алкогольних напоїв, вочевидь, пов'язані з тим, що молодь починає вживати алкоголь, більше того, здається, що вплив цих чинників має дозозалежний ефект та накопичується з часом. Це може свідчити про доцільність заборони алкогольної реклами, оскільки така заборона сприятиме зменшенню споживання цих напоїв.

Ефективно спрацьовує введення у політику установ та підприємств правил про заборону або обмеження алкоголю на робочих місцях, у навчальних закладах та школах, тоді як освітні програми щодо шкідливого впливу алкоголю, які проводяться у школах, не дають жодного ефекту [14].

У Німеччині неабияка увага приділяється також розвитку фізичної культури та спорту. Відповідно до Конституції і федеральної структури Німеччини, управління масовим спортом є завданням

земель. Велику роль у формуванні фінансових ресурсів масового спорту в Німеччині відіграє система оподаткування. Основний принцип щодо спортивних клубів свідчить, що набуття статусу суспільно-корисної організації дозволяє претендувати на додаткові пільги [15].

У Швейцарії діє Закон «Про профілактику та зміцнення здоров'я» від 30 вересня 2009 року, який спрямований на поліпшення заходів з управління профілактикою, зміцнення здоров'я та раннє виявлення хвороб. Указаний закон регулює такі важливі аспекти профілактики хвороб: інструменти контролю й координації, як на національному рівні, так і на рівні кантонів; розподіл повноважень між конфедерацією та кантонами: заходи щодо забезпечення якості й ефективної профілактики, зміцнення здоров'я та раннє виявлення хвороб; фінансова допомога, що виділяється неурядовим організаціям; заохочення досліджень освітніх програм у цій сфері; моніторинг стану охорони здоров'я [16].

У Нідерландах Міністерство охорони здоров'я, соціального забезпечення та спорту несе відповідальність за здоров'я населення на національному рівні. Воно формулює стратегічні цілі, пов'язані з профілактикою та зміцненням здоров'я, і контролює здійснення ефективних заходів. Також у Нідерландах функціонує низка інститутів, які спеціалізуються на окремих напрямках профілактики хвороб. На сьогодні в Нідерландах діють такі інститути, які працюють у партнерстві із Центром здорового способу життя: Інститут безпеки споживачів, Нідерландський центр харчування, Нідерландський інститут спорту й фізичної активності, Інститут здоров'я мігрантів, Інститут сексуального здоров'я, Інститут психічного здоров'я та наркоманії [17].

Світовий досвід на сьогодні переконливо свідчить, що в розвинутих країнах світу профілактична діяльність є пріоритетним напрямком підтримання належного стану здоров'я людини. Соціальні зміни протягом останніх десятиліть привели до формування існуючого на сьогодні шкідливого середовища, у якому населення споживає їжу з високим вмістом калорій, фізично дуже малоактивне, багато курить та вживає багато алкоголю [18–20], хоча серед молоді все більшої популярності набуває здоровий спосіб життя.

Список використаної літератури знаходиться в редакції.