ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЕВРОПА

Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья: консультативная встреча стран Европейского региона

Отчет о Консультативной встрече
Копенгаген, 2-4 апреля 2003 г.

EUR/HQ/03/905732
НЕОТРЕДАКТИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ
E81281R

РЕЗЮМЕ

Европейская консультативная встреча государств-членов по вопросам глобальной стратегии ВОЗ в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья состоялась в Копенгагене 2–4 апреля 2003 г. Цель консультативной встречи заключалась в том, чтобы выработать рекомендации по созданию глобальной стратегии. В консультативной встрече принимали участие межотраслевые делегации специализированных государственных ведомств высокого уровня из 15 приглашенных государств-членов, а также представитель Европейской Комиссии, советники по специальным вопросам и сотрудники секретариата ВОЗ. Участники представляли широкий спектр секторов, включая секторы пищевых продуктов и питания, физической активности, спорта, транспорта, сельского хозяйства, укрепления здоровья, охраны окружающей среды и образования.

В ходе консультативной встречи была рассмотрена распространенность неинфекционных заболеваний на глобальном и региональном уровнях и была подчеркнута важность выработки взвешенной и устойчивой политики в вопросах рациона питания и физической активности для содействия снижению распространенности неинфекционных заболеваний. Большинство делегаций государств-членов представили доклады и/или ситуационные исследования, посвященные местным или общегосударственным инициативам, направленным на пропаганду здорового питания и повышения уровня физической активности в своих странах. На четырех параллельных заседаниях рабочих групп, рассматривавших важные элементы процесса формирования политики (сбор фактических данных, разработка политики, реализация политики и контроль и оценка) были выработаны рекомендации от Европейского региона, которые были представлены в штаб-квартиру ВОЗ для включения в глобальную стратегию. Ожидается, что эти рекомендации также помогут определить потребности Европейского региона и направления последующей работы по пропаганде здорового питания и физической активности.

Ключевые слова

NUTRITION
EXERCISE
LIFE STYLE
HEALTH PROMOTION
HEALTH PLANNING
STRATEGIC PLANNING

Обращения с просьбой прислать экземпляры публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу *publicationrequests@euro.who.int*; разрешить их перепечатку – по адресу *permissions@euro.who.int*; и разрешить их перевод – по адресу *pubrights@euro.who.int*. По всем этим вопросам вы можете также связаться с отделом публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Publications, Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

© Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.
Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение ……... 4
Европейская консультативная встреча ……. 5

Выступления на консультативной встрече ……... 5
Вступительные выступления ……. 5
Основные доклады ……... 6
Доклады стран …… 13
Доклады о событиях регионального масштаба ……..... 26
Заседания рабочих групп ……..... 28
Закрытие ……... 29

Рекомендации от Европейского региона относительно глобальной стратеги 31

Приложение 1: К глобальной стратегии ВОЗ в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья …… 37
Приложение 2: Предварительная программа работы …….. 39
Приложение 3: Список участников ……..... 41
Приложение 4: Ситуационные исследования в странах …… 51
Приложение 5: Справочно-аналитический документ о положении дел в Европе……..……. 97
Приложение 6: Существующие политические обязательства в отношении рациона и режима питания и физической активности …… 123
Приложение 7: Программы Европейского регионального бюро ВОЗ, имеющие отношение к данной стратегии …… 126
Приложение 8: Перечень справочно-информационных документов……... 133
Приложение 9: Библиография ……. 136

Выражение благодарности …….. 140

Введение

В общем бремени болезни в развитых странах преобладают хронические заболевания, которые теперь все больше распространяются и в странах с низким и средним уровнем доходов. Тревога по поводу этих тенденций привела к тому, что на Пятьдесят третьей Всемирной ассамблее здравоохранения, проходившей в мае 2000 года, была принята резолюция, в которой подчеркивалась необходимость вести профилактику неинфекционных заболеваний и борьбу с ними и выражалась просьба к ВОЗ о том, чтобы это направление работы рассматривалось в качестве приоритетного (ВА353.17). В мае 2002 года Пятьдесят пятая Всемирная ассамблея здравоохранения также поручила Генеральному директору разработать Глобальную стратегию в области питания, физической активности и здоровья, консультируясь при этом с Государствами-членами и учреждениями в системе Организации Объединенных Наций (ВА355.23).

В ответ на эти резолюции и принимая во внимание серьезность проблемы общественного здравоохранения, ВОЗ приступила к осуществлению процесса, предполагающего проведение широких и всеобъемлющих консультаций, который должен привести к созданию глобальной стратегии в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья. Общей целью этой стратегии является улучшение здоровья населения благодаря здоровому питанию и физической активности (ср. Документ о процессе создания Стратегии[1]). В течение первой половины 2003 года были проведены консультации с государствами-членами, а также параллельные консультации с учреждениями системы ООН, общественными организациями и частным сектором. В рамках этого процесса Европейское региональное бюро ВОЗ организовало консультативную встречу государств-членов Европейского региона по вопросу Глобальной стратегии ВОЗ в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья, которая состоялась 2-4 апреля 2003 года в Копенгагене. В ней принимали участие межотраслевые делегации специализированных государственных ведомств высокого уровня из 15 приглашенных государств-членов, а также представитель Европейской Комиссии, советники по специальным вопросам и сотрудники секретариата ВОЗ (см. Приложение 3). Участники представляли широкий спектр секторов, включая секторы пищевых продуктов и питания, физической активности, спорта, сельского хозяйства, укрепления здоровья, охраны окружающей среды и образования.

Целью европейской консультативной встречи была выработка рекомендаций в отношении создания глобальной стратегии в области рациона питания, физической активности и здоровья. В более конкретном плане эта консультативная встреча была задумана как технический форум для представления и оценки информации о масштабах проблем здоровья, связанных с рационом и режимом питания, физической активностью и хроническими заболеваниями в регионе; для рассмотрения стратегий профилактики, соответствующих условиям отдельных стран; для обсуждения мер вмешательства глобального, регионального и национального масштаба, учитывающих социальные, культурные и экономические реалии; для рассмотрения роли и политики других секторов, помимо сектора здравоохранения (таких как секторы транспорта, охраны окружающей среды и сельского хозяйства), в создании возможностей для физической активности и здоровых рационов питания; для обсуждения мер вмешательства, которые принимаются на местном (а не только национальном) уровне; наконец, для того, чтобы

[1] http://www.who.int/hpr/NPH/docs/GlobalStrategy.pdf)

всесторонне рассмотреть региональные различия, общие заботы и подумать о глобальном консенсусе.

Европейская консультативная встреча

Для координации технических аспектов Европейской консультативной встречи была создана специальная рабочая группа. В нее вошли д-р Гаик Никогосян (отдел укрепления здоровья в сфере образа жизни, охраны окружающей среды и развития) в качестве координатора специальной рабочей группы; д-р Микаэль Остергрен (отдел охраны здоровья и развития детей и подростков); г-жа Франческа Рачоппи (отдел несчастных случаев, транспорта и здоровья); г-жа Вивиан Расмуссен (отдел укрепления здоровья молодежи); г-н Дэвид Риветт (отдел укрепления здоровья молодежи); д-р Эйлин Робертсон (отдел питания и продовольственного обеспечения); д-р Аушра Шачкуте (отдел профилактики неинфекционных заболеваний); д-р Мария Кристина Тирадо (отдел безопасности пищевых продуктов); г-жа Венди Це Яред (Сеть регионов здоровья); д-р Агис Цурос (отдел городов здоровья и управления городами) и д-р Эрио Зиглио (отдел укрепления здоровья). Координатором текущих повседневных приготовлений и составления проекта справочно-аналитического документа Европейского региона была технический сотрудник г-жа Сесиль Кнай. Общую координацию процесса создания глобальной стратегии в Региональном бюро осуществлял директор отделения технической поддержки по вопросам детерминантов здоровья д-р Роберто Бертоллини совместно с директором отделения технической поддержки по вопросам уменьшения бремени болезни д-ром Гуджоном Магнуссоном. Специальная рабочая группа провела два отдельных заседания для отбора стран, приглашенных на встречу, для участия в составлении справочно-аналитического документа Европейского региона (Приложение 5) и для помощи в решении вопроса о темах и организации рабочих групп.

Отбор пятнадцати приглашенных стран осуществлялся частично по принципу географического равновесия, но также и на основании таких критериев, как активное участие (разработка и осуществление политики) в сферах питания и/или физической активности, повышенное внимание, уделяемое в последнее время на политическом уровне вопросам питания и/или физической активности, традиции укрепления здоровья и принадлежность страны к сетям, имеющим отношение к данным сферам. Окончательный список стран-участниц встречи выглядел следующим образом: Дания, Финляндия, Франция, Венгрия, Ирландия, Израиль, Казахстан, Латвия, Нидерланды, Норвегия, Российская Федерация, Словения, Швейцария, бывшая Югославская Республика Македония и Соединенное Королевство.

После того, как был подтвержден состав делегации от страны, участникам была направлена информация, которая включала справочно-аналитический документ Европейского региона и важнейшие базовые документы, чтобы участники могли подготовиться к встрече. В течение месяцев, предшествующих консультативной встрече, был подготовлен перечень глобальных и региональных базовых документов (Приложение 8).

Выступления на консультативной встрече

Вступительные выступления

С приветственным словом к участникам обратился д-р Роберто Бертоллини (Региональное бюро ВОЗ), который заявил, что, как и в других регионах ВОЗ, рацион

питания и физическая активность являются вопросами первостепенной важности в свете наблюдаемого ныне быстрого роста распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ) в Европейском регионе. Он отметил, что необходимо усилить деятельность Европейского региона в области физической активности и укрепить существующие программы действий в области питания. В ответ на возникшие потребности Европейское региональное бюро ВОЗ создало специальную рабочую группу по вопросам глобальной стратегии в области рациона питания, физической активности и здоровья, состоящую из представителей всех региональных программ, имеющих отношение к данной области. Региональное бюро также подготовило справочно-аналитический документ, в котором содержится обзор фактических данных и мер, которые необходимо предпринять для борьбы с НИЗ. Хорошей возможностью для обсуждения процесса создания глобальной стратегии, в частности, в отношении пищевых факторов, явилась встреча национальных координаторов по вопросам питания в Европейском регионе ВОЗ, которая состоялась в марте 2003 года в Афинах.

Д-р Гуджон Магнуссон (Региональное бюро ВОЗ) заявил, что в то время, как НИЗ имеют преобладающее распространение во многих странах региона, Восточная Европа несет двойное бремя, поскольку распространенность НИЗ там возрастает на фоне высокого уровня инфекционных заболеваний. Он отметил, что одной из важнейших задач в борьбе с НИЗ является нахождение более эффективных путей общения с людьми, чтобы можно было убедить население в необходимости признать серьезность ситуации и в соответствии с этим изменить свой образ жизни. Д-р Магнуссон выразил уверенность в том, что консультативная встреча поможет лучше понять эту проблему. Превращение имеющихся фактических данных в реальное действие также потребует установления новых партнерских связей. Д-р Магнуссон высказал надежду на более тесное сотрудничество между Европейским региональным бюро ВОЗ, штаб-квартирой ВОЗ и государствами-членами в ходе дальнейшей работы над европейской стратегией в области НИЗ в предстоящие годы.

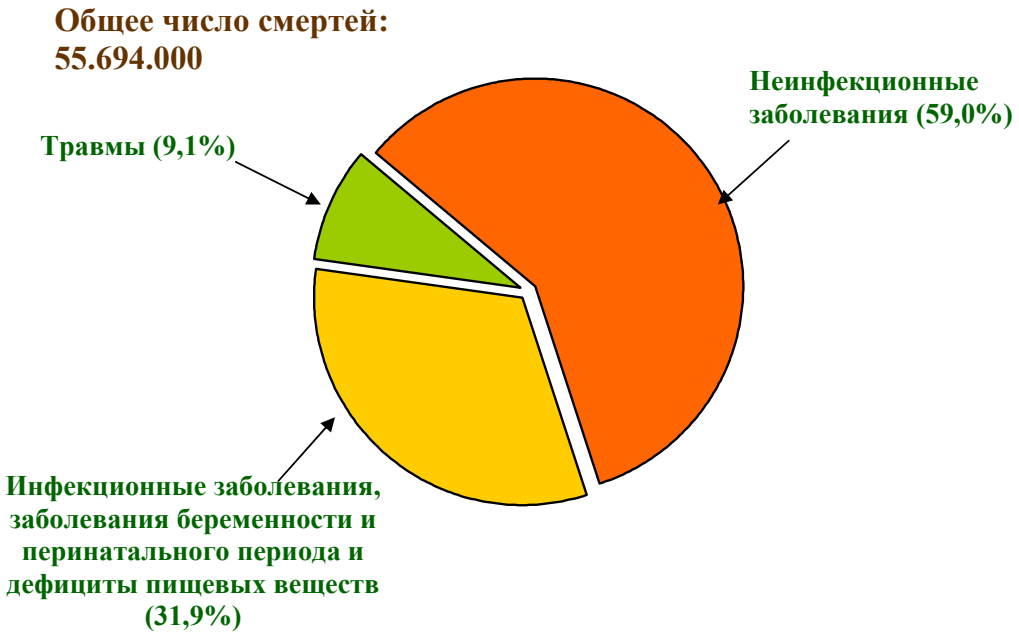
Сопредседателями консультативной встречи были избраны г-жа Арнхильд Хага Риместад (Норвегия) и д-р Йожица Маучеч-Закотник (Словения). Секретарем-докладчиком был избран г-н Брайан Броган (Ирландия).

Основные доклады

Глобальная стратегия: обзор
Д-р Пекка Пуска, директор департамента профилактики неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья, штаб-квартира ВОЗ

Д-р Пекка Пуска представил обзор факторов, обосновывающих необходимость выработки глобальной стратегии в области рациона питания, физической активности и здоровья, и процесса создания такой стратегии. Он заявил, что здоровье мира претерпевает беспрецедентные перемены на нескольких фронтах: эпидемиологическом, пищевом и демографическом. Результатом этих перемен, которые остро ощущаются на уровне отдельных стран и однозначно подтверждаются научными данными, является широкий сдвиг в бремени болезни. Большинство случаев смерти (59 %) происходит от НИЗ (рис. 1).

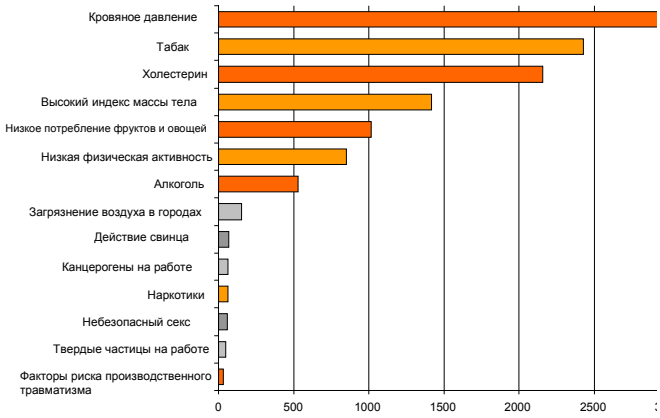
Рисунок 1. Смертность по укрупненным категориям причин, 2000 г.



Источник: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.

В Европейском, Американском и Западно-тихоокеанском регионах неинфекционные заболевания составляют подавляющее большинство всех болезней. Регионы Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья находятся на переходном этапе, когда НИЗ уже представляют собой более серьезную проблему общественного здравоохранения, чем инфекционные заболевания (рис. 2).

Рисунок 2. Глобальное бремя болезни в 1999-2020 годах по категориям заболеваний в развитых странах

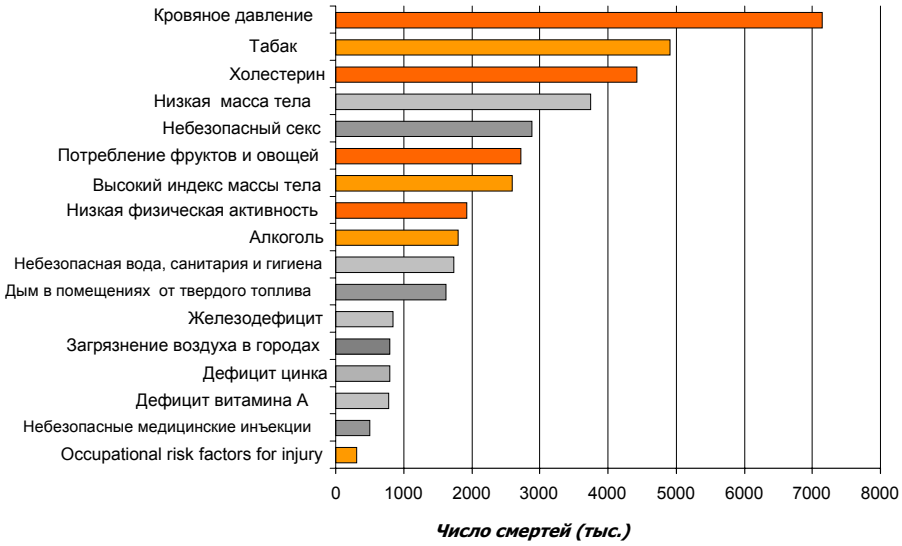


Источник: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.

На переходном этапе находится так же и Африканский регион и, хотя во многих странах этого Региона инфекционные заболевания все еще преобладают, распространенность НИЗ быстро растет. Многочисленные данные медицинских исследований указывают на

факторы риска, ответственные за эту растущую пандемию, и со всей очевидностью показывают, какие нужны стратегии для снижения их влияния. Данные, собранные для “Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.”, свидетельствуют о том, что повышенное кровяное давление является главным фактором, способствующим всем случаям смерти в мире (рис. 3). Из десяти ведущих факторов риска шесть связаны с пищевым статусом, рационом питания и физической активностью. Прогресс в этих двух областях в сочетании со снижением табакокурения и потребления алкоголя будет иметь огромное значение для предупреждения НИЗ и приведет к значительным улучшениям в состоянии здоровья при высокой эффективности затрат на их достижение.

Рисунок 3. Число смертей в 2002 г., связанных с отдельными факторами риска



Источник: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г

Полученные цифры также ясно показывают важную роль, которую играет недостаточное питание. Об этом нельзя забывать, заботясь о решении проблемы ожирения. Во многих странах переедание и недоедание сосуществуют наряду с несбалансированным питанием, и это подчеркивает жизненно важную роль, которую должен играть сбалансированный рацион питания в улучшении здоровья населения. Также растущей проблемой во всем мире является ожирение у детей, важнейшим фактором возникновения которого является низкая физическая активность.

Данные, представленные Программой комплексных вмешательств в масштабах страны в целях снижения заболеваемости неинфекционными болезнями (CINDI), показывают, что в большинстве европейских стран более чем половина населения имеет повышенные уровни холестерина в крови, гипертензию и избыточную массу тела. Растет распространенность ожирения, снижается физическая активность, особенно у детей. Кроме того, в европейском населении большую долю составляют курильщики. В развивающемся мире в настоящее время отмечается почти 80% бремени НИЗ, причем оно переходит на категории населения со все более и более низким социально-экономическим статусом и самым активным образом способствует неравенству с точки зрения здоровья. К числу детерминантов этих изменений относятся урбанизация,

изменения в профессиональной деятельности и многие глобальные влияния. Данный переход затрагивает в равной мере и взрослых, и детей.

НИЗ являются в большой степени предотвращаемыми заболеваниями. Хотя генетическая предрасположенность к НИЗ и может быть одним из факторов, надлежащие меры профилактики могут изменить условия окружающей среды, защитить от факторов риска и изменить показатели предполагаемой продолжительности жизни. Относительно скромные изменения в поведении людей на популяционном уровне, затрагивающие одновременно несколько факторов риска, могут вызвать быстрые, приемлемые с точки зрения затрат и резкие изменения в здоровье населения.

Мощным средством в этом отношении является рацион питания. В Финляндии осуществление проекта в Северной Карелии, в ходе которого проводились мероприятия с участием местного населения по поощрению более здорового рациона питания, позволило за 25 лет снизить ежегодный показатель смертности от ИБС на 73%. В Японии снижение потребления соли привело к понижению уровней кровяного давления и резкому снижению смертности от инсульта. На Маврикии переход от пальмового масла на соевое в качестве кулинарного жира привел к снижению на 15% содержания холестерина в сыворотке у всего населения, а в Польше изменение в потреблении жиров с пищей привело к снижению на 20% смертности от сердечных заболеваний.

На пути осуществления профилактических мероприятий имеется много препятствий, но они преодолимы. К их числу относятся: устаревшие концепции, такие, как восприятие НИЗ как “болезней изобилия”; непонимание того, с какой быстротой профилактические мероприятия могут повлиять на заболеваемость; незаметность в глазах общественности примеров успешного исхода по сравнению с нуждами больных; могущественные коммерческие интересы, блокирующие программно-стратегические меры и распространяющие противоречивые идеи; традиционная профессиональная подготовка медицинских работников, в которой акцент делается на лечебную помощь; наконец, инерция учреждений, финансовых органов и других служб.

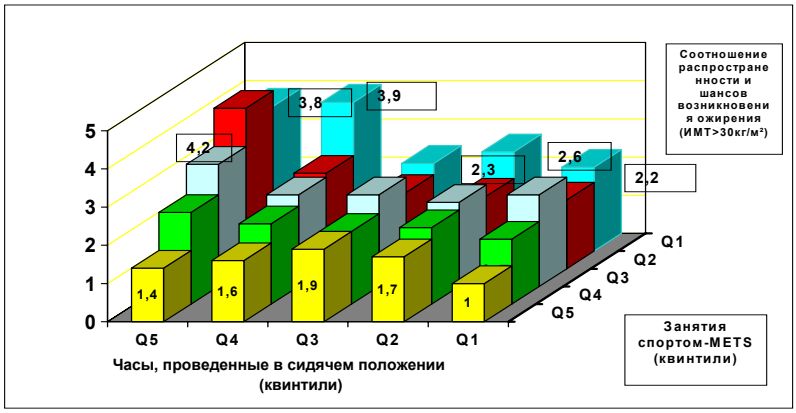
Ключом к успешной борьбе с НИЗ являются структуры потребления пищевых продуктов и физической активности. Однако эти типы поведения заложены в окружающей среде, в обществе и в национальной политике в области промышленности и сельского хозяйства. Поэтому чрезвычайно важно вести работу со всеми этими секторами как с партнерами и внимательно следить за тем, какие факторы влияют на структуру потребления, поддерживая при этом постоянный диалог с этими партнерами. Проблемы сложны, в одиночку их никому не решить. Процесс консультаций по вопросу создания глобальной стратегии вовлечет в дискуссии всех этих партнеров именно для того, чтобы дружно действовать во имя перемен. ВОЗ уверена в том, что при таких исходных посылках и благодаря широким консультациям подобное партнерство увенчается успехом и позволит выработать и осуществить глобальную стратегию, которая приведет к значительному улучшению показателей здоровья в государствах-членах и во всем мире.

Физическая активность и здоровье
Д-р Микаель Фогельхольм, директор института научных исследований в области укрепления здоровья имени Урхо Калева Кекконена, Финляндия

Существует очевидная связь между физической активностью и здоровьем и между рационом питания и здоровьем, и эти две зависимости часто оказываются связанными

между собой через ожирение (рис. 4). Таким образом, хотя ожирение, нездоровый рацион питания и низкая физическая активность и являются самостоятельными факторами риска, они часто фигурируют вместе как общие факторы риска по развитию диабета 2 типа (проявляясь уже у детей, страдающих ожирением), гипертензии, инсульта, сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), заболеваний обмена веществ и эндокринной системы и рака – распространенность всех этих болезней растет во всем мире.

Рисунок 4. Физическая активность и ожирение в Европейском Союзе



Источник: International Journal of Obesity, 1999; **23**:1192-1201

В некоторых странах, таких, как Финляндия, количество людей, регулярно занимающихся на досуге физическими упражнениями, растет. Однако изменения в образе жизни, связанные с менее подвижной работой, поездками на работу на транспорте и малоподвижными формами проведения свободного времени, такими как регулярное смотрение телевизора, уменьшили повседневную физическую нагрузку во многих обществах. Давно известно, что интенсивные физические упражнения могут быть полезны для здоровья. Недавние исследования показывают, что даже при умеренной интенсивности упражнений угроза развития НИЗ может быть снижена, хотя больший эффект дает сочетание умеренных и интенсивных физических упражнений. Даже для тех, кто не находится в хорошей физической форме или кто не достаточно занимается физическими упражнениями для улучшения формы, физическая активность полезна. Рекомендуется заниматься физическими упражнениями умеренной интенсивности ежедневно по 30 минут, хотя и два сеанса по 15 минут, по-видимому, тоже приносят пользу – это может быть приемлемо для повседневной жизни большего числа людей. В европейских условиях было бы полезно поощрять людей к тому, чтобы они переходили на ходьбу или езду на велосипеде вместо поездок в автомобиле на короткие расстояния.

Риск развития ССЗ наиболее высок у тех, кто обычно физически не активен и кто либо не ходит, либо не бегает. При увеличении физической активности умеренной или высокой интенсивности этот риск снижается. Исследования влияния повышения уровня физической нагрузки во время лечения ожирения продемонстрировали зависимость типа “доза-реакция”, но лишь в краткосрочном плане, а для снижения веса это не является решением. Тем не менее, тот, кто сохраняет активность после того, как сбросит вес, лучше удерживает его на сниженном уровне. С ожирением ассоциирует диабет 2 типа, поэтому профилактика прибавления веса может предупредить развитие данного типа

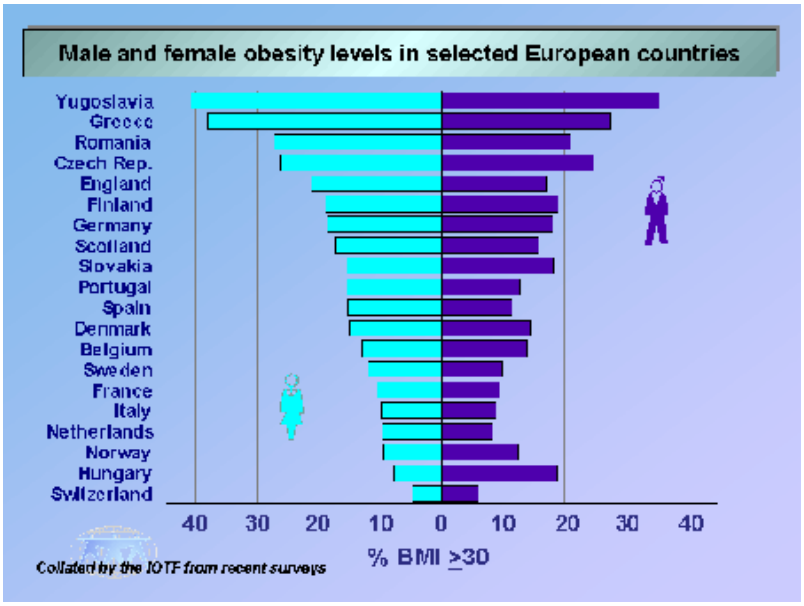
диабета. Физическая нагрузка дает больший эффект, чем соблюдение диеты, в снижении уровней инсулина при голодании, а эпидемиологические данные указывают на очевидную зависимость “доза-реакция” с точки зрения риска диабета. Наибольшие изменения наблюдаются у тех, кто ранее вел неактивный образ жизни, поэтому представляется важным направить усилия на эту категорию. Исследования зависимости между инсультом и физической активностью неоднозначны: некоторые продемонстрировали положительную зависимость “доза-реакция”, но в некоторых было показано, что, хотя умеренная физическая нагрузка полезна, интенсивные упражнения могут быть недопустимы. Недавно Международным агентством по научным исследованиям в области раковых заболеваний был проведен анализ исследований, связанных с регулированием массы тела, физической активностью и раком. Биологические связи пока еще понятны не до конца. Однако когортные исследования показывают значительно меньший риск развития рака толстой кишки у тех, кто ведет физически активный образ жизни. Что касается рака молочной железы, то связь между физической активностью и снижением риска тоже весьма тесная, особенно у женщин в предклимактерическом возрасте. При нагрузке, связанной с переносом тяжестей, улучшается плотность костей, которая имеет большое значение для предупреждения остеопороза. Оказывается, кости особенно реагируют на физическую нагрузку до полового созревания, и поэтому этот период имеет критическое значение для развития здоровой костной системы. Имеются данные, позволяющие предположить, что физическая активность также полезна и для психического здоровья, однако в этой области нужны дополнительные исследования.

Выбор того или иного образа жизни изменяет структуру физической активности, причем часто в ущерб здоровью. И хотя на выбор вариантов образа жизни влияют факторы личной предрасположенности, на них также воздействует физическая и социальная среда, и существует множество возможностей для принятия вполне приемлемых мер по укреплению здоровья, которые позволяют противостоять нынешним тенденциям.

Рацион питания и здоровье
Имоджен Шарп, начальник отдела профилактики ССЗ и рака Департамента здравоохранения Соединенного Королевства

Заболевания, связанные с рационом питания, стали тяжелым бременем с точки зрения последствий для здоровья и издержек для экономики Европы, и поэтому решение проблем рациона питания является первоочередной задачей. Во всем регионе растет распространенность ССЗ, и эти заболевания являются ведущей причиной смерти среди мужчин в большинстве стран, особенно в Восточной Европе. На втором месте стоит рак. У женщин высока частота инсульта, и тоже особенно в Восточной Европе; инсульт является одной из основных причин болезненности и потери качества жизни. Также растет распространенность ожирения (рисунок 5) и диабета 2 типа. Например, в Великобритании за 20 лет распространенность ожирения возросла в 3 раза. Есть данные о том, что в этой тенденции имеется социальный градиент: у категорий с более высоким социально-экономическим статусом вероятность ожирения ниже.

Рисунок 5. Уровни ожирения среди мужчин и женщин в некоторых странах Европы



Структура фактического питания в регионе по-прежнему неодинакова, хотя и наблюдается общее сближение рационов питания и образа жизни. Высоко потребление общего жира и насыщенного жира, особенно в Северной и Западной Европе. Меняется структура потребления пищи: наблюдается тенденция к частому употреблению легких закусок вместо регулярных полных приемов пищи, а также быстро растет потребление пищи вне дома. Процент жира в такой пище часто бывает выше, чем в домашней пище. На юге потребление фруктов и овощей довольно высоко, но в Восточной и Северной Европе оно низко. Фактические данные указывают на то, что увеличение потребления фруктов и овощей на одну порцию ассоциирует с сокращением на 20 % смертности от всех причин, поэтому даже малые изменения в рационе питания могут иметь большое значение для здоровья. Фрукты и овощи, линолевая кислота в жирной рыбе и рыбий жир, высокое потребление калия и низкое или умеренное потребление алкоголя уменьшают риск ССЗ, тогда как миристиновая и пальмитиновая кислоты, транс-жирные кислоты, высокое потребление натрия, избыточная масса тела, ожирение и высокое потребление алкоголя этот риск увеличивают.

Также есть некоторые данные, свидетельствующие о том, что риск снижается благодаря альфа-линолевой кислоте, некрахмальным полисахаридам, олеиновой кислоте, блюдам из цельного зернового продукта, растительным стеринам и станолам и фолату, а повышается из-за пищевого холестерина и нефильтрованного сваренного кофе. Существуют убедительные свидетельства того, что потребление фруктов и овощей снижает риск развития рака ротовой полости, пищевода, желудка и толстой и прямой кишки. Повышению риска различных форм рака способствуют избыточная масса тела, ожирение, алкоголь, мясные презервы с использованием афлатоксина, засоленные пищевые продукты, соль, напитки и блюда с высокой температурой. Риск диабета снижается при добровольной потере веса у людей с избыточной массой тела и ожирением и при увеличении потребления пищевых волокон. Избыточная масса тела и ожирение, ожирение в области живота, диабет беременных, высокое потребление

насыщенного жира и задержка внутриутробного развития повышают риск диабета. Риск ожирения снижается при высоком потреблении пищевых волокон, при наличии здоровой среды в школе и на работе и при грудном вскармливании, а повышается риск ожирения при высоком потреблении высококалорийной пищи, сладких напитков и неблагоприятных социальных и экономических условиях.

Ни в одном государстве-члене Европейского региона пока не достигнуты целевые показатели в отношении питания, рекомендованные в "Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.", хотя Греция, Португалия и Испания уже приблизились к показателям потребления жира. Однако были достигнуты определенные улучшения в результате санитарного просвещения и мер по укреплению здоровья, в том числе снижение потребления общего жира и переход к потреблению полусепарированного молока вместо цельного молока, к потреблению ржаного хлеба вместо белого и к приготовлению пищи на гриле вместо поджаривания. В некоторых странах ведутся кампании по поощрению людей к увеличению потребления фруктов и овощей. Например, в Англии была принята программа "Пять порций в день" и успешно осуществляется общенациональный план обеспечения фруктами, по которому детям в возрасте 4-6 лет в школах бесплатно предлагаются фрукты. Снабжение фруктами и овощами в Европе в настоящее время недостаточно для удовлетворения возросших потребностей в связи с задачей достичь суммарного чистого потребления 400 г в день на человека, и производителей нужно будет поощрять к тому, чтобы они увеличивали поставки.

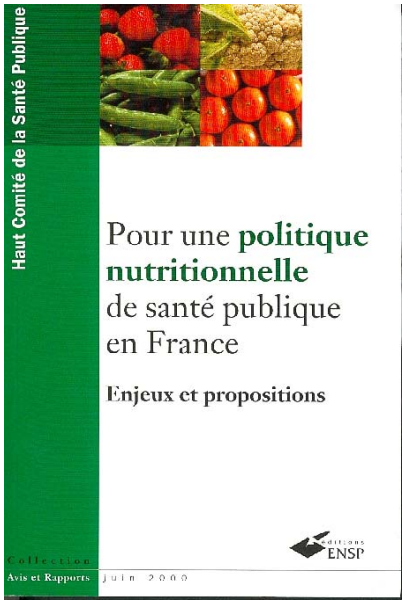
Значительное влияние на продовольственное снабжение оказывает Единая сельскохозяйственная политика (ЕСХП) Европейского Союза (ЕС). В связи с этим медицинским работникам необходимо стремиться к тому, чтобы оказывать влияние на эту политику в интересах здоровья (см. *"Public health aspects of the European Union Common Agricultural Policy"* ["Аспекты общественного здравоохранения в Единой сельскохозяйственной политике Европейского Союза"]). В планируемой Глобальной стратегии ВОЗ в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья должна подчеркиваться мысль о том, что крупномасштабные программно-стратегические меры должны быть всеобъемлющими и определять, что именно лучше всего делать на том или ином уровне – международном, национальном или местном. Конечно, государству принадлежит центральная руководящая и организующая роль (при решающем вкладе министерства здравоохранения), но совершенно очевидно и то, что оно не может действовать в одиночку; сближение рационов питания требует глобальных ответных мер. Стратегии должны охватывать все этапы жизни человека, быть ориентированы на преодоление несбалансированности питания, учитывать возрастные и гендерные аспекты и оказывать влияние на положение беднейших сообществ людей. Важно будет наладить взаимодействие с пищевой промышленностью, чтобы оказывать влияние на мнения и установки людей и поощрять изменения в нужном направлении и создание альтернативных, более здоровых продуктов.

Доклады стран

При подготовке консультативной встречи делегациям стран было предложено по своему усмотрению подготовить доклады о проводимой в их странах работе в области рациона питания и физической активности. Доклады должны были зачитываться каким-либо одним членом межведомственной делегации от имени всей делегации. Представить доклад решили двенадцать стран. Резюме всех докладов приводится здесь в хронологическом порядке.

Франция

В обстановке активной политической поддержки в 1998 г. были инициированы публичные дебаты с участием правительства, научных кругов и гражданского общества. В ходе дебатов были приняты во внимание инициативы ВОЗ и Европы, и их кульминацией стало официальное поручение премьер-министра страны министерству здравоохранения в декабре 2000 г. подготовить национальную программу в области питания и здоровья. Мероприятия, предусматриваемые в комплексной пятилетней программе (2001–2005 г.г.), обозначаются общим символом политики. Главная цель состоит в улучшении состояния здоровья всего населения посредством воздействия на один из его важнейших определяющих факторов – питание. Программа, увязанная с другими программами в сфере общественного здравоохранения, например, с программами в области ССЗ и рака, предусматривает девять количественно определенных первоочередных целей, девять конкретных целей (без количественного определения), несколько общих принципов для осуществления вмешательства, шесть стратегических направлений, мероприятия по каждой стратегии и четкий график работы на пятилетний период.



Цели включают в себя: изменение потребления пищевых продуктов, например, уменьшение числа людей, потребляющих мало фруктов и овощей, как минимум на 25%, увеличение на 25% числа людей, выполняющих каждый день физические упражнения, эквивалентные 30 минутам быстрой ходьбы, уменьшение на 20 % распространенности избыточной массы тела и ожирения среди взрослых (с 10% до 8%) и приостановление роста распространенности ожирения среди детей. Координацию программы осуществляет межведомственная комиссия, в которую входят представители семи министерств и государственных ведомств, пищевой промышленности, объединений потребителей, местных органов власти и научные эксперты. Одним из основных требований, выдвинутых населением, была последовательность в действиях и публикуемых сообщениях.

Были проведены общенациональные кампании по пропаганде увеличения потребления фруктов и овощей, а в 2004 году будет проведена кампания по пропаганде физической активности. Были разработаны национальные руководства по пищевым продуктам, в которых были использованы новаторские схемы и позитивные идеи, предназначенные для населения и для медицинских работников. Планируется разработка руководств для особых категорий населения. В этих руководствах признаются различия между потребителями и без какой-либо критики даются рекомендации о том, как добиться изменений, идущих на пользу здоровью. Также были разработаны средства в помощь клинической практике. С самого начала были предусмотрены контроль и оценка программы, которыми будет заниматься специальный отдел.

Норвегия

Действия двух отдельных министерств – здравоохранения и социальных дел – координируются Директоратом здравоохранения и социальных дел, внутри которого за

политику в области физической активности отвечает управление общественного здравоохранения и социального обеспечения. Разработку крупномасштабных мер программного характера на основе фактических данных организует и координирует независимый совет экспертов из разных областей знания, который проводит большую работу по повышению информированности среди лиц, принимающих решения, о влиянии на здоровье неактивного образа жизни.

В докладе о физической активности и здоровье за 2000 год были даны конкретные рекомендации о физической активности детей и молодежи, о выработке национальной стратегии развития езды на велосипеде и о возможных вмешательствах в области первичной медико-санитарной помощи. Сюда входило информирование детей и молодежи о пользе физической активности, поощрение их к тому, чтобы они ежедневно занимались по одному часу физическими упражнениями, и изучение возможностей безопасной ходьбы и езды на велосипеде в школу. Национальная стратегия езды на велосипеде, за которую отвечает министерство транспорта и связи, направлена то, чтобы сделать езду на велосипеде как средство передвижения более безопасной и привлекательной для людей, и она будет включена в национальный план развития транспорта (2006–2015 гг.). В число стратегий на уровне первичной медико-санитарной помощи входят повышение знаний врачей общей практики о пользе физической активности, разработка компьютеризированного учебного пособия для врачей общей практики, дающих рекомендации по вопросам физической активности, поощрение врачей общей практики к тому, чтобы они давали рекомендации об образе жизни и прописывали пациентам физическую активность, а также установление партнерских отношений с организациями, которые могут осуществлять контроль за выполнением этих рекомендаций и организовывать занятия физкультурой. При этом цель состоит в том, чтобы сделать выбор в пользу здоровья приятным и легким выбором.

В Белой книге “Рецепт оздоровления Норвегии” (2003 г.) анализируется нынешнее положение и определяются цели и стратегии, которые лягут в основу работы на предстоящее десятилетие. В документе уделяется особое внимание факторам образа жизни, включая физическую активность, и есть надежда, что он вызовет дополнительные бюджетные ассигнования на вмешательства в области физической активности.

Рецепт здоровой жизни: первичная медико-санитарная помощь в Норвегии

- Повышение уровня знаний врачей общей практики о влиянии физической активности
- Создание компьютеризированного учебного пособия по общим вопросам физической активности
- Введение тарифа на консультирование по вопросам образа жизни, что может увеличить время и усилия, затрачиваемые врачами общей практики на эти консультации
- Внедрение рецепта на определенный образ жизни для лечения с помощью физической активности как альтернативы или дополнения к обычному консервативному лечению.
- Установление тесных отношений с различными организациями, которые могут осуществлять контроль за выполнением этих рекомендаций, консультирование по вопросам образа жизни и организация занятий физкультурой.

Главной целью отдела физической активности является улучшение здоровья за счет повышения уровня физической активности среди различных групп населения (дети и молодежь, взрослые, лица пожилого возраста, инвалиды). Отдел будет предоставлять консультации и рекомендации специалистов в виде методических указаний для органов государственного управления, научно-исследовательских учреждений, служб здравоохранения и социального обеспечения, учебных заведений, предпринимателей, неправительственных организаций и средств массовой информации. Он также будет осуществлять мониторинг уровней физической активности и общего физического

состояния. Апробация необходимых для этого инструментов завершена, и мониторинг начнется в 2004 году. Отдел работает на общегосударственном, областном и местном уровнях со многими различными партнерами для того, чтобы осуществить перемены, направленные на улучшение здоровья и сокращения бремени неинфекционных заболеваний.

Финляндия

Проблемы социального обеспечения и здравоохранения обходятся для местных общин недешево, поэтому столь привлекательными являются меры профилактики, эффективные с точки зрения затрат на их осуществление. Город Турку (население 170 тысяч человек) участвует в движении ВОЗ "Здоровые города" с 1987 г. и является местом нахождения Центра сотрудничества с ВОЗ по вопросам городов здоровья и здравоохранения в городах в Балтийском регионе. Город гордится славными спортивными традициями и научно-исследовательским центром спорта. Городом предпринято шесть шагов по повышению уровня физической активности своих жителей: собраны фактические данные для того, чтобы убедить граждан и лиц, принимающих решения, в пользе физической активности для здоровья; сформулирована политика, основное место в которой занимают здоровая окружающая среда, качество жизни благодаря здоровью и работа с детьми; проведен анализ ситуации, в котором особо выделены новаторские методы работы на основе сотрудничества между секторами; разработана и осуществляется стратегия; проводятся мониторинг и оценка.

Поддержка городом физкультурного движения

Общий бюджет 16 млн. евро = 100 евро на одного жителя

Дети и молодежь	**43%**
Досуг и физкультура	**28%**
Состязательный спорт	**11%**
Школьники и студенты	**8%**
Особые расходы	**2%**
Прочие расходы	**8%**

Итогом проделанной работы явился проект "Движение-2000" (1994–2000 гг.), финансируемый городскими властями при сотрудничестве с университетом Турку. Целью проекта было повышение уровня физической активности, психологического и социального благополучия на протяжении всей жизни за счет предоставления спортивных сооружений и информации, широкий охват населения с целью устранения барьеров и вовлечения в физическую активность ранее неактивных людей и проведение регулярного контроля за их активностью посредством анкетирования, а также широкое и активное освещение в средствах массовой информации. В результате осуществления проекта удалось повысить информированность о пользе физических упражнений для здоровья и поднять уровни регулярных занятий как среди взрослых, так и среди детей. В настоящее время проект продолжается. К числу стоящих ныне задач относятся: улучшение интеграции мер по укреплению здоровья в работу служб медико-санитарной помощи и межсекторное сотрудничество, повышение внимания к снижению потребления табака и алкоголя и повышение индивидуальной ответственности за здоровье.

Венгрия

Главная цель государственной программы общественного здравоохранения (2001 г.) заключается в увеличении ожидаемой при рождении продолжительности жизни на три года. Программа, которая пользуется значительной политической поддержкой, направлена в первую очередь на пропаганду физической активности и здорового питания и повышение безопасности пищевых продуктов, на создание здоровой физической среды и уменьшение курения, злоупотребления алкоголем и наркотиками.

Проведенное в 2000 г. обследование показано снижение уровней физической активности, особенно среди детей. В настоящее время принимаются новые подходы к противодействию этой тенденции с целью улучшения и расширения сети спортивных сооружений, поощрения физической активности на рабочих местах и пропаганды ежедневных занятий физкультурой и физической активности в школах. Комплексный межотраслевой подход к проведению мер вмешательства для повышения физической активности детей охватывает медицинских работников, учителей физкультуры и объединения родителей, а также заинтересованные министерства и региональные учреждения здравоохранения.

Партнеры

- Медицинские ассоциации
- Ассоциации учителей физкультуры
- Объединения родителей
- Министерство образования
- Министерство по делам детей, молодежи и спорта
- Региональные учреждения национальной службы здравоохранения и служба медицинской инспекции

Мероприятия включают в себя поддержку определенных типов школ с помощью законодательства об уровнях физической активности, которые должны обеспечиваться в школе (первоначально на обязательном уровне пяти уроков в неделю, но по требованию учителей можно снизить этот уровень до трех уроков в неделю с сохранением других видов физической нагрузки в остальные два дня для детей в возрасте 6–10 лет начиная с 2003 г.; 2,5 урока физкультуры в неделю для более старших возрастных групп). В школах также осуществляется программа первичной профилактики шейной и поясничной дископатии с помощью физкультуры. Венгрия участвует в инициативе “Школа, содействующая укреплению здоровья”, и законодательство требует, чтобы в школах осуществлялись мероприятия по укреплению здоровья, финансируемые из государственного бюджета.

Что касается мероприятий, нацеленных на взрослых, здесь в число партнеров входят все работники, занятые в сфере укрепления здоровья, неправительственные организации, лица пожилого возраста, учителя физкультуры и физиотерапевты. Планируются и проводятся в жизнь программы для женщин, по созданию условий на рабочем месте и по пропаганде и развитию езды на велосипеде.

Ирландия

Эпидемиологические данные показывают, что ведущими причинами смерти в 2000 г. были ССЗ (около 45%) и различные формы рака (24%). У мужчин смертность от ССЗ снижается, но по-прежнему остается одной из самых высоких в Европе.

В число крупномасштабных мер программного характера, предпринимаемых государством, входит стратегия в области здравоохранения "Здоровье и справедливость-2002", направленная на улучшение здоровья населения и занимающая центральное место в планировании всего сектора здравоохранения и в системе оказания медико-санитарной и социальной помощи. Во второй стратегии укрепления здоровья (2000–2005 гг.) поставлены задачи и определены целевые показатели для различных сторон образа жизни, включая рацион питания и физическую активность. Осуществляются также национальные стратегии в области здоровья сердечно-сосудистой системы и в области борьбы с раковыми заболеваниями.

Мероприятия нацелены на конкретные типы социальных условий, группы населения и темы, и главное внимание в них уделяется детерминантам здоровья, причем работа проводится через общенациональные и региональные структуры с акцентом на межотраслевое взаимодействие и партнерские связи, включая сотрудничество с коллегами в Северной Ирландии и диалог с пищевой промышленностью. Фактические данные берутся из общенационального обследования образа жизни, которое проводится раз в четыре года и представляет собой ценный инструмент для фиксирования достигнутого прогресса и оценки воздействия отдельных кампаний.

Данные показывают, что 42% населения занимаются тем или иным видом физических упражнений, но 60% недостаточно активны для поддержания здоровья. Велика продолжительность смотрения телевизора, отмечается заметное снижение активности с возрастом. К числу мероприятий по противодействию этой тенденции относятся кампания "Начни жить, стань активным", учреждение должности и назначение координаторов по физической активности на региональном уровне, разработка общенациональных агитационных материалов, создание размеченных пешеходных дорожек, направление врачами общей практики пациентов на занятия физкультурой в центры досуга и целый ряд региональных мероприятий, проводимых совместно с индустрией отдыха. Научные исследования показывают, что идея доходит до умов людей: 50% населения вспоминают о кампании, и, со слов респондентов, с 2001 г. произошло увеличение на 10% физической активности и на 25% информированности о пользе физической активности для здоровья сердечно-сосудистой системы.

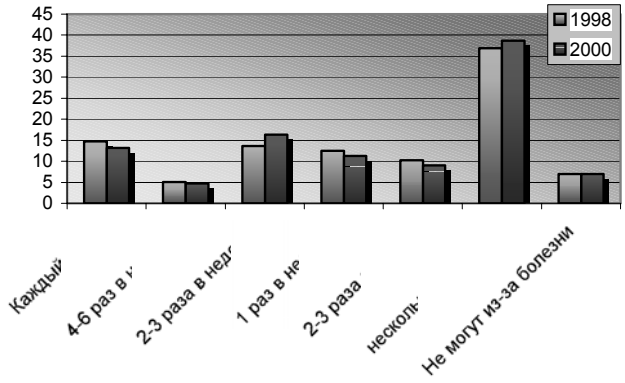
Во всех возрастных категориях растет распространенность избыточной массы тела и ожирения. Здесь к числу инициатив относятся широкая реклама пирамиды питания как средства учения, разработка методических указаний и рекомендаций о здоровом питании, адаптируемых для различных целевых групп, и проведение ежегодной общенациональной недели здорового питания. В качестве объекта работы выделяются школы, предприятия и организации и супермаркеты. Кроме того, увеличено число лиц, проходящих подготовку специалистов-диетологов, и создаются кооперативы по производству фруктов и овощей. Оценка показала, что об этой кампании осведомлены 60% населения, 30% изменили свои пищевые привычки, из них 70% стали съедать четыре порции фруктов и овощей в день или более (не считая картофеля).

В период председательства в Европейском союзе в первой половине 2004 г. Ирландия в качестве своей темы в области здравоохранения возьмет здоровье сердечно-сосудистой системы, а в качестве подтемы – ожирение. Она надеется, что ей удастся стимулировать новые инициативы, усилить политическую поддержку и добиться для этой области большей степени приоритетности.

Латвия

В Латвии высока смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ). Около 30% населения имеют избыточную массу тела, а 8% мужчин и 15% женщин страдают ожирением. Уровни физической активности в свободное время относительно низки, хотя в последние годы наблюдается незначительное повышение. Определенные улучшения отмечаются в пищевых привычках: снижается потребление соли, сахара и жира, изменяется тип потребляемого жира и повышается потребление овощей.

Физическая активность в свободное время в 1998 и 2000 гг. (%)



В Латвии создана стратегия в области общественного здравоохранения (2002–2010 гг.), направленная на улучшение состояния здоровья (по нынешним показателям Латвия стоит намного ниже других стран Европы). К числу целей относятся увеличение средней продолжительности жизни до 95% от среднеевропейского показателя и улучшение здорового питания и других привычек, связанных с образом жизни. Разрабатывается национальный план действий в области пищевых продуктов и питания (2003–2013 гг.). В 11 целевых показателей входят: разработка плана действий по просвещению населения в вопросах здорового питания, создание совета по питанию, создание единой информационной системы и разработка подходящих показателей, усиление работы по осуществлению стратегий в области безопасности пищевых продуктов, принятие нормативных актов, касающихся устойчивой окружающей среды и устойчивого и здорового сельского хозяйства. Разработаны рекомендации о питании на основе пищевых продуктов для взрослых и разрабатываются проекты таких рекомендаций для других категорий населения.

Принятое в 2002 г. законодательство о спорте направлено на развитие физической активности и спорта, особенно в учебных заведениях, и здоровых форм досуга. Местные органы власти обязаны назначить одно из спортивных учреждений ответственным за работу по развитию, строить и содержать в исправности соответствующие объекты и сооружения, в том числе велосипедные дорожки и пешеходные тропы, содействовать созданию клубов и поддерживать повышение квалификации спортивных работников и тренеров. Работодатели обязаны поддерживать своих работников в их занятиях физкультурой.

Осуществление политики носит межотраслевой характер: в нем принимают участие министерства здравоохранения, сельского хозяйства, образования и науки, охраны окружающей среды, транспорта, управление по вопросам безопасности пищевых продуктов, местные власти, неправительственные организации и средства массовой информации.

Соединенное Королевство

Соединенное Королевство последовало основным рекомендациям в отношении питания, разработанным Комитетом по медицинским аспектам политики в области пищевых продуктов для профилактики ССЗ (1994 г.) и рака (1998 г.), которые заключаются в поддержании здоровой массы тела, снижении потребления жира, насыщенного жира, соли и добавляемого в пищу сахара, увеличении потребления фруктов и овощей и пищевых волокон и занятии физическими упражнениями умеренной интенсивности по 30 минут в день (для детей по 60 минут). Ответственность за охрану здоровья и интересов потребителей, безопасность пищевых продуктов и стандартизацию, маркировку пищевых продуктов и консультирование населения по вопросам безопасности пищевых продуктов, рациону питания и качеству питания возложена на Управление стандартов пищевых продуктов. У него имеется стратегическая концептуальная основа, утвержденная советом, в котором представлен широкий круг интересов. Управление также играет большую роль в поощрении программ научных исследований в области питания, например, программы по приемлемости и выбору пищевых продуктов, им создан интерактивный компакт-диск по здоровому питанию подростков. Четыре страны, входящие в состав Соединенного Королевства, имеют собственную политику в области рациона питания и физической активности, но все они придают большое значение сотрудничеству между секторами на национальном и местном уровне, их политика неизменно включает элементы укрепления кадрового потенциала, просвещения и обучения, мониторинга и оценки и акцент на достижении конкретных результатов на местах с количественно определенными целями и в различных социальных условиях. Цель их политики состоит в укреплении базы доказательных данных, в более эффективном использовании ресурсов, в улучшении доступа и применении новаторских методов работы с категориями, требующими первоочередного внимания.

Основные рекомендации о питании

Комитет по медицинским аспектам политики в области пищевых продуктов, 1994 г. (ССЗ) и 1998 г. (рак)

- Поддерживать **здоровую массу тела** (ИМТ 20–25 кг/м^2)
- УМЕНЬШИТЬ: Уровень 1990 г.
  - потребление **жира** до 35% от общего потребления энергии — 38–39%
  - **насыщенного жира** до 10 % от общего потребления энергии — 16–17%
  - потребление соли до 6 г/день — 9 г/день
  - **добавляемого в пищу сахара** до менее 10 % от общего потребления энергии — 16%
- УВЕЛИЧИТЬ:
  - **потребление фруктов и овощей** не менее чем до 5 порций в день
  - **потребление пищевых волокон** из разнообразных источников

В Уэльсе стратегия “Здоровье в Уэльсе” охватывает комплексные многоотраслевые широкомасштабные меры и программы и включает в себя программы в области питания и здорового и активного образа жизни. Цели включают повышение уровня знаний населения, уменьшение неравенства с точки зрения здоровья, создание благоприятных условий, уменьшение препятствий и расширение возможностей.

В Шотландии подход предусматривает планы оздоровления, которые включают стратегии в области физической активности, рациона питания и распространения

информации. Основополагающие принципы заключаются в том, чтобы стимулировать спрос на здоровое питание и физическую активность на протяжении всей жизни и укреплять возможности удовлетворения этого спроса. Все программы выделяются эмблемой “Здоровая жизнь”.

Аналогичный подход принят в Северной Ирландии, где имеется стратегический документ, посвященный общественному здравоохранению (2002–2010 гг.). Главные цели состоят в улучшении здоровья населения и уменьшении неравенства сточки зрения здоровья. К числу конкретных целевых показателей относится прекращение роста распространенности ожирения, чтобы к 2010 г. доля мужчин и женщин, страдающих ожирением, составляла менее 17% и менее 20% соответственно.

В Англии национальная политика Министерства здравоохранения включает элементы физической активности из национального плана развития службы здравоохранения, из концепции национальной службы о предоставления услуг и профилактики и из плана борьбы с раковыми заболеваниями, в которых предусмотрены конкретные целевые показатели в отношении физической активности и питания. В сфере физической активности министерство здравоохранения и министерство культуры, средств массовой информации и спорта имеют планы, содержащие конкретные целевые показатели. Например, добиться того, чтобы к 2006 г. 75% детей в возрасте от 5 до 16 лет имели как минимум два часа в неделю высококачественных занятий физкультурой и спортом, а к 2020 г. доля людей, занимающихся физическими упражнениями не менее 30 минут в день пять дней в неделю, повысилась до 70%. Стратегия устойчивого ведения сельского хозяйства и продовольственного обеспечения (2002 г.) предусматривает создание всеобъемлющего многоотраслевого плана действий в области пищевых продуктов и здоровья.

Дания

Среди прочих мероприятий, связанных с рационом питания, физической активностью и здоровьем, Дания разработала национальный план действий против ожирения, издала справочник для врачей по профилактике НИЗ через физическую активность, провела исследование по вопросу финансирования инициатив в сфере физической активности, приступила к осуществлению кампании “Шесть порций в день” для поощрения большего потребления фруктов и овощей и провела информационную кампанию о пользе 30 минут физической активности в день. Однако 20–30% населения неактивны, широко распространен механический транспорт, и многие виды работы сегодня являются сидячими. Как и повсюду в регионе, рационы питания характеризуются высоким уровнем потребления энергии за счет жира и сахаров и низким потреблением фруктов и овощей. Более того, часто один стиль нездорового поведения накладывается на другой.

В мероприятия по пропаганде физической активности и здорового рациона питания вовлечен широкий круг заинтересованных партнеров, в том числе центральные и региональные органы власти, местные сообщества, учебные заведения и частный сектор, причем особенно важный вклад вносят общественные спортивные организации. В национальной политике в области здравоохранения (2002 г.) сформулированы обязанности граждан и семьи, общин, государства и партнерских структур. Цели в сфере здравоохранения включают в себя профилактику ожирения, пропаганду здоровых рационов питания и поощрение физической активности за счет использования совместных ресурсов.

Национальный план борьбы с ожирением

Целевые группы

- Дети и подростки (в целом)
- Дети и подростки, страдающие ожирением или входящие в группу риска по ожирению
- Взрослые (в целом)
- Взрослые, имеющие избыточную массу тела и/или высокий риск ожирения или страдающие болезнями, связанными с ожирением (ИМТ 25–30)
- Взрослые, страдающие ожирением (ИМТ>30)

Датский национальный план борьбы с ожирением (2002 г.) нацелен на ожирение как на проблему здоровья, на необходимость долгосрочных изменений в образе жизни и на недопущение дискриминации и навешивания позорных ярлыков. Речь в нем идет не о достижении идеалов внешнего вида или о диетах для похудения, а том, чтобы найти правильное соотношение между стабильностью веса и хорошей физической формой, потреблением и расходом энергии, ответственностью отдельного гражданина и всего общества. План направлен на различные целевые группы, охватывает вопросы наличия и доступности, структурных условий, нормативной базы, образования и информации. Ключами к успеху станут сотрудничество со всем спектром партнеров, необходимая подготовка профессионалов, поощрение изменений в субъективном отношении людей и расширение научных исследований.

Нидерланды



Политика в области физической активности и политика в области питания взаимосвязаны, особенно в сфере избыточной массы тела. К 2010 г. должны быть достигнуты три главные цели в отношении физической активности: увеличить число людей, занимающихся оздоровительной физкультурой, с 40 до 50%, снизить отсутствие активности с 12 до 8% и повысить уровень знаний об оздоровительных физических упражнениях до 75%. К числу вмешательств относятся кампания по пропаганде физической активности (2003–2005 гг.), в основном нацеленная на взрослых, политика участия в спорте, направленная главным образом на молодежь, и программы для особых целевых групп, например, людей с хроническими заболеваниями и служащих на рабочих местах. В проекте, посвященном езде на велосипеде на работу, ставится цель в течение ближайших двух лет побудить 5 тысяч физически неактивных людей к тому, чтобы они начали ездить на работу на велосипеде. В дополнение к ежегодному общенациональному обследованию физической активности, 7000 человек пройдут общенациональное тестирование физической формы (вопросник и испытание на стресс) в течение одной недели и получат рекомендации о физической форме. Эта работа будет проведена совместно с коммерческими оздоровительными центрами. Данный тест будет широко освещаться, его результаты будут опубликованы. В 2003 г. будет осуществлено 10 экспериментальных вмешательств на уровне местных общин и с их участием, направленных на людей с низким социально-экономическим статусом.

Цели плана программных действий в области питания 1998 г. состояли в увеличении потребления фруктов и овощей на две единицы в день, снижении потребления жира и в содействии и пропаганде грудного вскармливания через больницы, доброжелательные к ребенку. В настоящее время в семи городах совместно с сельскохозяйственным сектором проводится эксперимент по раздаче бесплатных фруктов в начальных школах и одновременно осуществляется учебная программа, - все это должно повлиять на родителей и побудить их к тому, чтобы они давали детям больше фруктов.

Государство введет диалог с пищевой промышленностью с тем, чтобы добиться от нее снижения уровней насыщенных и транс-жирных кислот в пищевых продуктах и оказать влияние на размер порций и методы сбыта продукции в интересах здоровья людей.

Около 40% взрослого населения в настоящее время имеют избыточную массу тела, 10% страдают ожирением, и наблюдается рост распространенности ожирения среди молодых людей. После проведения в 2002 г. кампании по повышению уровня информированности Совет по здравоохранению планирует продолжить работу по информированию населения. На межотраслевом совещании в мае 2003 г. будет обсуждаться вопрос о сотрудничестве с новыми партнерами в разработке плана действий по борьбе с этой тенденцией.

Словения

Министерство здравоохранения полностью поддерживает концепцию увязки воедино рациона питания, физической активности и здоровья в крупномасштабных программных мероприятиях, регулярно финансируемых из бюджета для придания им устойчивого характера.

Стандартные показатели смертности и факторы риска на востоке и на западе страны разные, что отражает картину, характерную для Восточной и Западной Европы. Данные свидетельствуют о том, что факторы риска тоже аналогичны факторам риска, наблюдаемым в других странах Европы – высокое потребление высококалорийной пищи, жиров, насыщенных жиров и сахаров, низкое потребление фруктов и овощей и низкие уровни физической активности. Около 15% взрослого населения страдают ожирением, у 38% избыточная масса тела, высока распространенность гипертензии и повышенного содержания холестерина в сыворотке.

Словения придерживается многоотраслевого подхода к действиям в этой области. Закон о медико-санитарной помощи и медицинском страховании (1992 г.) требует принятия крупномасштабных экономических, экологических и социальных мер, способствующих укреплению здоровья и улучшению медико-санитарной помощи, и согласованности в действиях всех секторов для достижения оптимального здоровья. Образован совет по здравоохранению на уровне правительства. В соответствии с законом, который охватывает сферу санитарии и гигиенической безопасности пищевых продуктов и материалов и предметов, предназначенных для соприкосновения с пищевыми продуктами (2000 г.), был создан совет по вопросам пищевых продуктов и питания, учреждена национальная программа охраны и укрепления здоровья (2000 г.) и стратегия обеспечения безопасности пищевых продуктов (2001 г.). Также разрабатываются национальный план действий в области пищевых продуктов и питания (НПДПП) на 2003–2008 гг. и стратегия оздоровительной физической активности. НПДПП предусматривает межсекторную координацию действий, просвещение и повышение информированности населения и специалистов, разработку новых рекомендаций о питании и приведение производства и переработки пищевых продуктов в соответствие с

этими рекомендациями. Установлены первоочередные задачи по реализации плана. В Словении проведена оценка воздействия на здоровье политики в области пищевых продуктов, сельского хозяйства и питания, и в настоящее время дорабатываются рекомендации, касающиеся практических мер по улучшению здоровья населения. Также предпринимаются усилия по поощрению расширения местного производства фруктов и овощей.

Изменение структуры региональных поездок и вклад в более здоровый образ жизни

- Здравоохранение признает влияние на здоровье, оказываемое дорожными происшествиями, загрязнением воздуха, шумом и отсутствием физической активности, т.е. всеми факторами, связанными с транспортными средствами и службами.
- Политика в области транспорта не должна быть посвящена только потребностям в автодорогах, а должна уделять больше внимания ходьбе пешком, езде на велосипеде и общественному транспорту как более доступным вариантам передвижения.
- Предусматривается, что одним из важнейших разделов Словенской стратегии в области физической активности будет разработка серии региональных стратегий, в том числе стратегий в отношении езды на велосипеде и ходьбы пешком.
- Мероприятия по укреплению здоровья должны играть важнейшую роль в разработке этих стратегий и их осуществлении всеми секторами посредством “Зеленых планов развития транспорта", местных планов развития транспорта и путем улучшения доступа к общественному транспорту.

Основными целями стратегии в области физической активности являются снижение доли населения, ведущей физически неактивный образ жизни, повышение уровня и интенсивности всех видов физической активности во всех возрастных группах, обеспечение гарантированного доступа к программам физической активности и создание надлежащей среды и законодательной базы для физически активного образа жизни. Стратегия включает компоненты, связанные с транспортом, физической активностью в часы досуга и пропагандой физической активности на рабочем месте, и уделяет главное внимание четырем основным целевым группам: детям и подросткам, семьям и женщинам, пожилым людям и людям, имеющим особые потребности. Стратегия развития транспорта предусматривает повышение внимания к устройству дорожек для ходьбы пешком и езды на велосипеде и к более доступным вариантам общественного транспорта. Налажено также сотрудничество в области питания и физической активности между сектором здравоохранения и секторами образования, занятости и туризма.

Швейцария

В Швейцарии имеются национальный план действий по гигиене окружающей среды (1997 г.), который охватывает вопросы питания и производства пищевых продуктов, подвижности и жилья, а также политика в области спорта (2000 г.), питания (2001 г.) и подвижности за счет мышечной силы (2003 г.). Разработана также пирамида рекомендаций в отношении физической активности, аналогичная пирамиде пищевых продуктов. В рекламировании этих направлений политики используются логотипы и символика разнообразных участвующих ведомств. Поставлена цель остановить спад физической активности и увеличивать долю физически активных людей на 1% в год.

Политика в области питания направлена на пропаганду здоровой массы тела, увеличение потребления фруктов и овощей, повышение уровня знаний о здоровых и устойчиво реализуемых пищевых привычках у детей и пропаганду грудного вскармливания. Политика в области подвижности за счет мышечной силы направлена на увеличение числа людей, которые ходят пешком, ездят на велосипеде и роликовых

коньках и пользуются общественным транспортом. Приоритетная программа по физической активности, питанию и отдыху (1998 г.) предполагает содействие проектам и сетям, занимающимся движением, питанием и отдыхом, обеспечение координации осуществления мероприятий и оценку результатов проведенных вмешательств. Другая программа – "Швейцарские весы" – направлена на достижение к 2010 г. значительного увеличения процента населения, имеющего здоровую массу тела. Меры вмешательства будут включать кампании по информированию населения для повышения осведомленности на уровне местных общин, среди детей и молодежи и на рабочих местах, с акцентом на охват групп повышенного риска.

Российская Федерация

Правительство придает первостепенное значение содействию здоровой, активной и творческой жизни народа, уделяя особое внимание здоровью семьи, профессиональному долголетию и благополучной старости. Оно признает важность здоровья как фактора национальной безопасности, общественной стабильности и благосостояния. Динамика НИЗ аналогична динамике в других странах Европы, но отмечается особенно высокая ранняя смертность среди мужчин и рост неврологических заболеваний. Правительству известно об экономической выгоде программ профилактики болезней, и поэтому оно переходит от культуры лечения к культуре укрепления здоровья и профилактики болезней, поощряя людей к тому, чтобы они брали на себя ответственность за свое здоровье. На всех уровнях управления нужен комплекс мер по созданию благоприятной среды для этих изменений.

В первую очередь важно осуществлять наблюдение за функциональным состоянием здоровых людей и осуществлять вмешательство на ранней стадии у тех, кто имеет меньше функциональных резервов, пока болезнь не начала развиваться, чтобы сохранить здоровье. Разработаны системы оценки уровней функциональности (например, сердечно-сосудистой системы), но пока еще нет единого мнения в отношении методики и не хватает средств для проведения таких оценок в широких масштабах. Тем не менее, некоторые программы оказались успешными (например, программы лечебной физкультуры для беременных женщин привели к улучшению исхода беременности, а с помощью сочетания физиотерапии и других немедикаментозных методов удалось снизить заболеваемость респираторными заболеваниями у часто болеющих детей).

Министерством здравоохранения утверждена программа сохранения здоровья здоровых. Она направлена на дальнейшее развитие концепции сохранения здоровья на протяжении всей жизни и на модернизацию практики оказания медико-санитарной помощи таким образом, чтобы гарантировать быструю постановку диагноза и эффективное лечение тем, кто в нем нуждается. Она также имеет целью улучшение качества жизни людей, живущих с хронической болезнью или инвалидностью. Программа способствует распространению межведомственных и многоуровневых подходов и повышению доступности услуг. Совместно с министерством образования министерство здравоохранения также осуществляет программу создания центров здоровья для учащихся и преподавателей во многих городах и поселках и проводит мониторинг и оценку. Аналогичные подходы принимаются и областными отделами здравоохранения по всей стране.

Доклады о событиях регионального масштаба

Второй день консультативной встречи начался с доклада одного из приглашенных технических экспертов – доцента Л. Шефера Элиндера о единой сельскохозяйственной политике. После этого был сделан обзор планов действий в области пищевых продуктов и питания в Европейском регионе, с которым выступила д-р Эйлин Робертсон, региональный советник по вопросам питания Европейского регионального бюро ВОЗ.

Аспекты общественного здравоохранения в Единой сельскохозяйственной политике (ЕСХП) Европейского союза
Доцент Лизелотте Шефер Элиндер, научный сотрудник Национального института здравоохранения, Швеция

Аспекты общественного здравоохранения в ЕСХП рассматриваются на примере четырех областей – производства фруктов и овощей, молочных продуктов, вина и табака – в опубликованном недавно докладе Шведского национального института здравоохранения, который является продолжением доклада 1996 г. на эту же тему. Сельскохозяйственная продукция, производимая в четырех рассмотренных отраслях, оказывает влияние на шесть ведущих факторов риска по развитию НИЗ в Европейском регионе – табакокурение, повышенное кровяное давление, алкоголь, высокое содержание липидов в крови, избыточная масса тела и низкое потребление фруктов и овощей.

В отличие от свободного рынка сельскохозяйственных продуктов, сельскохозяйственная политика должна приносить дополнительную пользу обществу, чтобы оправдывать те субсидии, которые оплачивают налогоплательщики. Сельскохозяйственная политика должна быть направлена на благо всего общества, включая общественное здравоохранение, социальное обеспечение и чистую окружающую среду. Основные цели ЕСХП, принятой в 1962 г., состояли в обеспечении продовольственной безопасности как цели общественного здравоохранения путем повышения производительности сельского хозяйства и обеспечения справедливого уровня жизни работников сельского хозяйства. Эти цели были достигнуты менее чем за 10 лет, и начали образовываться излишки пищевых продуктов. Несмотря на призыв в 1999 г. учитывать во всех направлениях политики ЕС интересы общественного здравоохранения, пересмотра целей ЕСХП проведено не было, и в реформе в рамках “Повестки дня-2000” или недавнем промежуточном пересмотре ЕСХП не было упоминания об общественном здравоохранении как о факторе, определяющем политику.

ЕСХП обходится в 43 миллиарда евро в год, что составляет 45% общего бюджета ЕС, и содержит два главных компонента: поддержка рынка, на долю которой приходится 90% расходов, и развитие сельских районов (10%). Политика регулирует производство, торговлю, цены и переработку сельскохозяйственных продуктов. Каждый товар регламентируется отдельно в соответствии с разными принципами, которые связаны с историческими факторами, а не с проблемами здоровья населения или общества. Что касается общего денежного выражения поддержки, оказываемой фермерам, в процентах от валовых доходов ферм (оценка поддержки производителей), то ЕС предоставляет около 35 % доходов фермеров, по сравнению с 1% в Новой Зеландии, 4% в Австралии, 67% в Норвегии и 69% в Швейцарии. У фермеров – производителей молочных продуктов поступления от мер, предусмотренных политикой, составляют около 40%, в то время как у производителей табака – 80% , у производителей говядины – 91%. Субсидии ЕС также угрожают сельскохозяйственному сектору в развивающихся

странах, так как излишки продовольственных товаров выбрасываются на рынок по ценам ниже себестоимости в этих странах.

Некоторые правила ЕСХП явно действуют в ущерб здоровью населения, и в их число входят субсидии: на изъятие и уничтожение фруктов и овощей хорошего качества (117 млн. евро в год) для поддержания цен; на потребление масла (460 млн. евро в год); на потребление молочных продуктов с высоким содержанием жира в школах (около 50 млн. евро в год); на перегонку излишков вина (650 ммлн. евро в год); на содействие сбыту вина и молочных продуктов с высоким содержанием жира (10 ммлн. евро в год) и на поддержку выращивания табака (950 млн. евро в год). Кроме того, правила, касающиеся алкоголя, затрудняют для стран поощрение сокращения его потребления путем повышения налогов. Некоторые положения, высказываемые в рекламе пищевых продуктов в ЕС, также не соответствуют интересам укрепления здоровья населения. Шагом вперед является хотя бы то, что в будущем эти положения и идеи перед их выпуском в обращение должны будут изучаться специалистами общественного здравоохранения.

Изменения в ЕСХП, которые могли бы быть полезны для общественного здравоохранения, включают поэтапное прекращение субсидий на увеличение потребления молочных продуктов с высоким содержанием жира; ограничение поддержки, оказываемой школам, молочными продуктами с низким содержанием жира (переход от жирного молока к нежирному в школах уменьшил бы потребление жира на 1,5 кг на одного ребенка в год); введение аналогичной поддержки школ в потреблении фруктов и овощей; перераспределение сельскохозяйственной поддержки в пользу производства фруктов и овощей и увеличение поддержки тех фермеров, которые пожелают прекратить производство вина и табака. Сектор здравоохранения должен представить твердые доказательства и поощрять дискуссии на национальном и европейском уровне, чтобы тем самым добиться реформирования ЕСХП в более здоровом направлении. Хотелось бы надеяться, что шведский доклад явится стимулом к дальнейшему анализу влияния сельскохозяйственной политики на здоровье.

Региональные планы действий в области пищевых продуктов и питания
Д-р Эйлин Робертсон, региональный советник по вопросам питания, Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительства стран региона принимают меры к обеспечению достаточного количества здоровой и безопасной пищи для своего населения. По мере того, как увеличивается массовое производство пищевых продуктов в регионе, ведется поиск механизмов для решения новых задач в области безопасности пищевых продуктов, к числу которых относится тревожный факт увеличения числа случаев пищевых отравлений и других серьезных проблем, таких как губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота и загрязнение диоксином. Государствами принято законодательство и нормативные акты о безопасности пищевых продуктов, и ответственные элементы в пищевой промышленности стремятся избегать инцидентов, подрывающих доверие потребителей. Однако контролировать все точки сбыта пищевых продуктов надлежащим образом трудно. Питание также занимает видное место в национальной повестке дня. К числу проблем, связанных с питанием, в регионе относятся недостаточность йода и железа, а также основные НИЗ, ССЗ, рак и диабет.

На Пятидесятой сессии Регионального комитета в сентябре 2000 г. государства - члены Европейского региона ВОЗ утвердили пятилетний региональный план действий в области пищевых продуктов и питания (ПДППП), в котором интегрированы стратегии в

области безопасности пищевых продуктов, питания и устойчивого продовольственного снабжения. Реализация плана на уровне Регионального бюро включала в себя различные мероприятия, такие как публикация "Руководства по вопросам питания программы СИНДИ: 12 шагов к здоровому питанию". Данное руководство содержит рекомендацию "Повысить уровень физической активности" (шаг 4), так как очевидно, что это должно входить в советы, которые даются с информацией о питании. В другой публикации – "Пищевые продукты и здоровье в Европе: основа для действия" – излагаются научные данные, на которых должны строиться планы действий в области пищевых продуктов и питания, а также содержатся некоторые аспекты физической активности. Региональное бюро также проводило работу со странами по оказанию поддержки в разработке национальных ПДППП, среди прочего, посредством серии семинаров по всему региону, создания сети по вопросам питания в общественном здравоохранении для стран Балтии и Северной Европы и сотрудничества с Европейской Комиссией. Информацию обо всех этих направлениях работы можно получить через веб-сайт Регионального бюро и ежемесячную электронную сводку новостей[2].

Эта деятельность обсуждалась на встрече должностных лиц, ведающих вопросами питания в Европейском регионе, состоявшейся в марте 2003 г. в Афинах. Все 42 страны, участвовавшие в этой встрече, пришли к единодушному мнению о том, что необходимо разработать второй региональный ПДППП на период 2006–2010 гг., и в нем необходимо сделать больший упор на повышение уровня физической активности и решении проблемы ожирения. В период 2004–2005 гг. Региональное бюро будет продолжать развивать успех, уже достигнутый в процессе подготовки к конференции на уровне министров 2006 г.

Заседания рабочих групп

Для того чтобы помочь выработать рекомендации для включения в глобальную стратегию, было организовано четыре параллельных заседания рабочих групп. Участникам было заранее сообщено о рабочих группах, и их попросили подготовиться к этим заседаниям, рассмотрев вопросы для обсуждения и информацию, представленные в европейском справочно-аналитическом документе. Вместо того, чтобы все внимание посвящать непосредственно рассматриваемым областям (рацион питания и физическая активность), были рассмотрены шаги, ведущие к разработке и осуществлению комплексных стратегий по удовлетворению потребностей в физической активности и рационе питания. Поэтому участники во второй и третий (последний) день работали в группах по детальному рассмотрению следующих тем: а) фактические данные: данные о влиянии рациона питания и физической активности на здоровье; б) выработка политики: превращение фактических данных в политику; в) реализация: перевод политики в русло практического действия; г) контроль и оценка: измерение последствий и действенности политики. На основании проведенных в этих группах дискуссий участники сформулировали ряд рекомендаций, которые нужно принимать во внимание при создании в штаб-квартире ВОЗ глобальной стратегии ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья.

В каждой рабочей группе был секретарь-докладчик и председатель (табл. 1), причем каждый из них представлял либо область питания, либо область физической активности для поддержания равновесия в технических знаниях. В каждой рабочей группе было примерно по 10–15 человек, и состав каждой группы был по возможности

[2] http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/NUT/Home

сбалансирован, чтобы в нее входили все представленные на встрече географические регионы, государственные секторы, технические дисциплины и тематические разделы (рацион питания, физическая активность).

За заседаниями рабочих групп последовало пленарное заседание, на котором рабочие группы представили свои доклады, и затем был составлен перечень рекомендаций. Рабочие группы продолжили свои заседания утром третьего дня, чтобы окончательно доработать рекомендации и сформулировать их так, чтобы они отражали дискуссии, проходившие в рабочих группах, и вклад участников. После этого на пленарном заседании были приняты рекомендации для включения в глобальную стратегию. Участники обратились к секретариату ВОЗ с просьбой завершить редактирование и разослать рекомендации по электронной почте всем участникам, чтобы они могли еще раз их проанализировать. Эта просьба была выполнена, предложенные изменения были внесены, и окончательные рекомендации были направлены участникам и в штаб-квартиру ВОЗ, как и было договорено.

Таблица 1. Председатели и секретари-докладчики рабочих групп

Группа по фактическим данным	**Группа по разработке**	**Группа по реализации**	**Группа по оценке/ мониторингу**
Йаап Сейделл (Нидерланды), председатель	Владимир Кендровски (Бывшая Югославская Республика Македония), председатель	Крис Фитцджеральд (Ирландия), председатель	Зигмунд Андерсен (Норвегия), председатель
Мэри Эллисон (Соединенное Королевство), секретарь-докладчик	Улла Хёллунд (Дания), секретарь-докладчик	Дорит Н. Калуски (Израиль), секрета докладчик	Габор Зайкаш (Венгрия), секретарь-докладчик

Закрытие

Последний раунд комментариев перед закрытием встречи отразил общее удовлетворение ходом работы и усилиями по принятию междисциплинарного подхода к задаче профилактики неинфекционных заболеваний. Многие делегации заявили, что они были рады возможности рассказать о проделанной работе на национальном и местном уровнях в области рациона питания и физической активности и тщательно проанализировать накопленный опыт и направления дальнейшей работы. Была также высказана заинтересованность в применении некоторых итогов этого процесса в Европейском регионе для продолжения работы в сфере политики в области пищевых продуктов и питания, усиления внимания к пропаганде физической активности и активизации усилий по преодолению недостатков процесса реализации (например, поиск решения проблемы недостаточности средств).

Региональный директор д-р Марк Данзон заявил, что он ждал возможности узнать, к чему стремятся государства-члены в области рациона питания, физической активности и здоровья и как он сможет воплотить их рекомендации в практическую работу в регионе, а также – при сотрудничестве со штаб-квартирой – на глобальном уровне. Вот уже несколько лет в области общественного здравоохранения предпринимаются усилия к перегруппировке мероприятий, которые связаны между собой либо в силу своего происхождения, либо ввиду своего решения, например, профилактика НИЗ и борьба с ними и укрепление здоровья. Однако дать рецепт того, какими должны быть такие группы мероприятий, трудно, и государства-члены должны сами определить, как лучше

всего решать эти вопросы, исходя из конкретной ситуации. В настоящее время идет работа над расширением Регионального плана действий в области пищевых продуктов и питания (ПДППП) с целью более эффективной пропаганды физической активности. Но важно будет найти комплексные подходы, и в этой связи д-р Данзон выразил надежду, что в 2004 г. представит Региональному комитету региональную стратегию в области НИЗ, в которой будет увязана работа, касающаяся НИЗ, ПДППП, физической активности, алкоголя и табака, хотя с точки зрения организации и управления это будет задача не из легких. Он выразил надежду на то, что через несколько лет будет достигнут реальный прогресс в разработке таких комплексных программ в государствах-членах. Д-р Данзон поблагодарил делегации государств-членов за их активный интерес и вклад в процесс создания глобальной стратегии и, в частности, в проведение региональной консультативной встречи.

Д-р Пекка Пуска заявил, что, хотя процесс не был легким в силу своей широкой направленности и разнородности, речь идет о значительных улучшениях здоровья населения, и это оправдывает необходимость продолжения усилий по укреплению сотрудничества между различными секторами. Он предложил продолжать работу на региональном уровне по сбору фактических данных о наиболее прогрессивных методах и систематически анализировать результаты крупномасштабных мер в области рациона питания и физической активности. В заключение он высказал ряд замечаний о последующих шагах на пути создания глобальной стратегии и заявил, что государства-члены будут ознакомлены с проектом стратегии перед тем, как он будет вынесен на рассмотрение Исполнительного совета. После того, как стратегия будет одобрена и утверждена, она станет одним из незаменимых инструментов реализации политики на уровне отдельных стран и более рационального регулирования торговли и рекламной деятельности на глобальном уровне.

Д-р Гаик Никогосян закрыл встречу и поблагодарил правительства стран за их поддержку в данном вопросе, а участников – за их вклад и усилия как перед консультативной встречей, так и в ходе ее проведения.

Рекомендации от Европейского региона относительно глобальной стратегии

Второго-четвертого апреля 2003 г. в Копенгагене состоялась Европейская региональная консультативная встреча по вопросам глобальной стратегии в области рациона питания, физической активности и здоровья, в которой участвовали представители 15 государств-членов, представитель Европейской Комиссии, технические консультанты и члены секретариата ВОЗ. Участники представляли различные секторы, включая пищевые продукты и питание, физическую активность, спорт, сельское хозяйство, укрепление здоровья, охрану окружающей среды и образование. На консультативной встрече были выработаны нижеследующие рекомендации, которые должны быть приняты во внимание при создании глобальной стратегии.

Общие выводы

1. Имеются убедительные доказательства пользы здорового рациона питания и физической активности для профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ). Поэтому правительства должны действовать без промедления. Должна быть взаимосвязь и согласованность между политикой в области питания и политикой в области физической активности, оба эти направления политики должны развиваться и осуществляться при тесном сотрудничестве со всеми секторами, имеющими к ним отношение, включая заинтересованные министерства, государственные ведомства, неправительственные организации (НПО), и с общественностью.
2. Основные идеи, высказываемые в различных секторах, должны быть последовательными, позитивными и не содержать в себе никакой критики.
3. Направления политики должны быть рассчитаны на конкретные группы и условия.
4. Распространению здорового рациона питания и физической активности необходимо способствовать посредством экономических и нормативных инструментов (например, налогообложения и законодательства).
5. В политике в области рациона питания и физической активности должен учитываться тот факт, что пищей и физической активностью нужно наслаждаться смело и уверенно.
6. При разработке основных направлений политики в области рациона питания и физической активности нужно учитывать факторы доступности, наличия и приемлемости по стоимости. Менее обеспеченные категории должны иметь доступ к выбору здоровых вариантов. Следует добиваться равенства между странами и внутри стран.
7. Для того, чтобы уменьшить проявления неравенства с точки зрения здоровья, производство пищевых продуктов должно обеспечивать наличие здоровых, безопасных продуктов по приемлемым ценам, и снабжение такими продуктами должно быть устойчивым. Политика в области пищевых продуктов и питания должна охватывать безопасность пищевых продуктов, устойчивость продовольственного обеспечения и изучение пищевой ценности продуктов.
8. В политике в области сельского хозяйства, транспорта, досуга и планирования населенных пунктов необходимо учитывать цели общественного здравоохранения.
9. Важная роль в пропаганде здорового рациона питания и физической активности принадлежит средствам массовой информации.

10. Во всех секторах должны проводиться оценки последствий для здоровья.

11. Необходимо применять качественные и количественные критерии, чтобы как ВОЗ, так и государства-члены могли оценивать ход выполнения ими глобальной стратегии.

12. В глобальной стратегии должны учитываться разные этапы политики в области питания и физической активности, на которых находятся различные регионы ВОЗ и страны в этих регионах, чтобы те регионы, которые уже проделали значительную работу в этой области, такие как Европейский регион, могли получить для себя дополнительную пользу от инструментов и механизмов, содержащихся в глобальной стратегии. Это предполагает документальное отражение достигнутого прогресса, использование в качестве фундамента существующих региональных планов действий и систем принципов и стратегических целей, систематический анализ направлений политики для выявления потребностей и пробелов и формулирование необходимых стратегий в регионах.

Рекомендации

Фактические данные

1. Процесс сбора фактических данных должен быть многосекторным. Для того, чтобы определить очередность мер в области питания и физической активности и подкрепить аргументацию в пользу принятия мер, министерства здравоохранения должны взять на себя роль лидера. Они должны отвечать за сотрудничество с государственными структурами и с другими партнерами в сборе и сопоставлении достоверных данных (например, путем проведения национальных обзоров) для оценки:

    а. смертности и заболеваемости – чтобы продемонстрировать результаты;
    б. факторов риска и поведения – чтобы продемонстрировать масштабы проблемы;
    в. детерминантов – чтобы выяснить причины отсутствия физической активности и плохого рациона питания (препятствия, мешающие успешной реализации политики) и
    г. индикаторов качества жизни и процессов – чтобы описать промежуточную пользу.

2. Чтобы помочь собрать глобальные данные и дать возможность провести сравнения между странами, у стран должен быть некоторый минимальный набор индикаторов, относящихся к питанию и физической активности (например, рост, вес, средняя продолжительность жизни). При сборе фактических данных и разработке и реализации политики следует брать на вооружение опыт успешно работающих сетей местного, национального и/или международного уровня, таких как СИНДИ и “Здоровые города”.

3. Правительства должны назначить консультативные советы, которые должны иметь прозрачные процедуры избрания, четкий круг ведения и прозрачные методы работы. Научные консультативные советы должны включать в свой состав только независимых экспертов/ученых в областях питания, физической активности и родственных областях. Консультативные советы по вопросам политики должны быть многосекторными и включать технических специалистов и представителей государственных ведомств (в том числе местных органов) и иметь независимого

председателя, чтобы гарантировать интерпретацию научных данных без каких-либо конфликтов интересов. Научные консультативные советы должны оценивать фактические данные, а консультативные советы по вопросам политики должны давать консультации о мерах, которые необходимо принять.

а. Правительства должны подумать об учреждении консультативного совета по НИЗ, который бы координировал предоставление консультаций и определял очередность мер в отношении многих видов заболеваемости и типов поведения.
б. В тех случаях, когда действует несколько научных советов, рекомендации должны перепроверяться на предмет непротиворечивости содержащихся в них идей.
в. Министерства здравоохранения должны сотрудничать с другими органами (например, с другими министерствами, научными учреждениями, местными партнерами, НПО и т.д.), чтобы научные данные последовательно и эффективно представлялись правительству и населению.
г. ВОЗ должна поддерживать страны в усилении потенциала государственных органов в этой области.

4. Правительства или их научные консультативные советы должны использовать достижимые краткосрочные цели и показатели (такие как показатели качества жизни), представляющие собой ступени на пути к достижению более долгосрочных целей здравоохранения. К числу примеров относятся краткосрочные критерии здоровья и показатели качества жизни в учебных заведениях, на работе и дома, такие как снижение числа поездок в автомобиле на короткие расстояния, повышение производительности труда и уменьшение пропусков учебы/работы по болезни. Комплексная программа школ, содействующих укреплению здоровья, должна включать элементы, касающиеся питания и физической активности. Государство должно также принять поэтапный подход к установлению нормативов.

Выработка политики

1. Следует улучшить использование фактических данных для того, чтобы обеспечить процесс принятия решений необходимой информацией. Сюда входит дальнейшее распространение оценки последствий для здоровья, анализ затрат и выгод, исследования национального бремени болезни, модели на основе фактических данных, научные консультации и распространение прогрессивных методов работы.
2. Достижение пользы для здоровья населения должно быть объявлено целью ключевых направлений политики отдельных секторов и общей обязанностью различных секторов, чтобы не только сектор здравоохранения, но и другие секторы могли принимать во внимание эту пользу (целенаправленная защита интересов). Министерства здравоохранения должны взять на себя роль лидера в предоставлении информации о том, как другие секторы и сферы общества влияют на питание и физическую активность.
3. Необходимо признавать и ценить возможности других секторов достигать своих целей, одновременно внося вклад в достижение целей здравоохранения. Это могло бы также позволить выявить новые источники финансирования практических мероприятий и развивать возможности, предоставляемые другими секторами (например, национальная политика в отношении езды на велосипеде и ходьбы

пешком, разработанная сектором транспорта, может стать хорошей возможностью для повышения физической активности).

4. Следует улучшать сотрудничество с частным сектором по таким пунктам, как принципы предусмотрительности, обогащение пищевых продуктов, маркировка, утверждения о пользе для здоровья и питательной ценности. На международном уровне содействовать такому сотрудничеству должны соответствующие межправительственные организации, такие как ОЭСР, Codex Alimentarius, ВТО и другие. Для сектора общественного здравоохранения и частного предпринимательства (например, пищевой промышленности, работодателей, компаний общественного транспорта, физкультурно-оздоровительных центров) и их собственными силами должны быть разработаны стратегии "двойного выигрыша", в которых должно уделяться внимание различным формам неравенства.

5. Политика ЕС и стран в отношении субсидий и государственного регулирования налогов должна оказывать оптимальную поддержку здоровым привычкам людей как в питании, так и в физической активности.

6. Необходимо более полно использовать возможности, предоставляемые различным окружением (например, школой, работой), например, ходьба пешком или езда на велосипеде в школу и на работу. Уроки физкультуры должны быть составной частью школьной программы и им должна оказываться поддержка через законодательство об образовании и другое законодательство, имеющее отношение к данному вопросу.

7. Национальные планы в области питания и физической активности не должны противоречить друг другу, они должны усиливать друг друга. Стратегии укрепления здоровья и распространяемая информация по вопросам укрепления здоровья должны строиться на питании и физической активности и демонстрировать связи между питанием и физической активностью для достижения большего эффекта.

    a. На национальном уровне:
        - Содействие сотрудничеству между секторами, начиная с общенационального уровня, и распределение ресурсов для использования на территориальном и местном уровнях. Сюда входит облегчение обмена опытом и создание баз данных о передовых методах работы, решение проблемы, которую создает возможное соперничество между различными секторами государственной власти.
        - Содействие и поддержка укрепления кадрового потенциала в сфере выработки политики общественного здравоохранения в отношении физической активности и питания (например, путем поддержки создания программ последипломной подготовки медицинских работников и специалистов других профессий, связанных с данной сферой).
        - Повышение уровня информированности и понимания последствий для здоровья в других секторах (например, образования, городского планирования, транспорта, пищевой промышленности, сельского хозяйства, экономики, средств массовой информации).
        - Создание структуры для инициирования сотрудничества и партнерства с частным сектором и НПО.

б. На промежуточном уровне государство должно играть важную роль и обеспечивать связи в обоих направлениях между центральным и местным уровнями.

в. На местном уровне органы власти могут составлять местные планы действий по охране здоровья, в которых мероприятия планируются так, чтобы удовлетворять конкретные потребности местного населения. Местные власти также могут разрабатывать стратегии "двойного выигрыша", которые предусматривают поддержку местной экономики (например, туризм, местное производство пищевых продуктов) и одновременно вносят вклад в достижение целей здравоохранения. Например, аспекты здравоохранения должны быть включены в мероприятия в рамках "Повестки дня 21 века" на местном уровне.

8. Сектор здравоохранения должен работать со средствами массовой информации для повышения их понимания необходимости использовать надежные источники информации, например, выдвигая на первый план необходимость пользоваться услугами экспертов, заслуживающих доверия.

9. Должна быть создана платформа для разработки последовательных, простых и ясных сообщений и идей, которые должны исходить от государственных экспертов, НПО и промышленности (например, пирамида питания, аргументы в пользу потребления фруктов и овощей, такие, как идея о пяти порциях в день, и идеи о физической активности, такие как занятия физическими упражнениями 30 минут в день).

10. Страны, имеющие большой опыт в разработке политики, должны сотрудничать на двухсторонней и /или многосторонней основе со странами, чей опыт невелик.

Реализация политики

1. На этапе реализации непременным условием является положительное отношение на политическом уровне (по общему согласию или в законодательном порядке), включая выделение достаточных средств.

2. Для полноценной реализации требуется оценка существующих фактических данных, а также потребностей и предпочтений целевой категории населения, равно как и понимание культурной и гендерной специфики. Следует также оценивать пригодные для конкретных условий инструменты маркетинга.

3. Необходима сильная политическая поддержка по всеобщему согласию или в законодательном порядке со стороны широкого круга ведущих партнеров по таким вопросам, как планирование практических действий, маркировка и содействие распространению оценки последствий для здоровья.

4. Министерства здравоохранения должны играть ведущую роль в координации партнерских связей на национальном и местном уровне с государственными и неправительственными организациями, местными общинами и частным сектором в деле вложения средств в повышение кадрового потенциала и профилактические меры.

5. Жизненно важной на этапе реализации является роль местных властей в преобразовании национальных стратегий и политических курсов в практические действия, имеющие отношение к отдельным сообществам людей.

Мониторинг и оценка

1. Следует поощрять государства-члены к тому, чтобы они собирали данные о физической активности и питании при осуществлении мониторинга гигиены поведения. Это должно происходить через регулярные отрезки времени (чтобы можно было проводить анализ трендов) на общенациональном, а где возникает необходимость – и на местном уровне.
2. Следует поощрять государства-члены к тому, чтобы они периодически проводили контроль хода осуществления политических курсов и составляли отчеты об этом.
3. Необходимо принять единую методику сбора данных, чтобы можно было проводить сравнения на национальном и международном уровне.
4. Помимо данных о гигиене поведения, следует использовать и другие источники данных, такие, например, как данные служб здравоохранения (первичной и вторичной медико-санитарной помощи), транспорта, промышленности и других секторов. Мониторинг и оценка необходимы на уровнях индивидуального поведения, политики и окружающей среды.
5. Будет приветствоваться дальнейшее вложение государствами-членами средств в укрепление кадрового потенциала (образование, профессиональная подготовка, ресурсы и структуры), повышение квалификации специалистов по НИЗ, мониторинг и оценку политических курсов и мер вмешательства, включая распространение полученных результатов и научные исследования.
6. На этапе планирования политических курсов и мер вмешательства рекомендуется выделять достаточную долю бюджетных средств, чтобы принятые методики мониторинга и оценки наиболее полно соответствовали вмешательствам, основанным на существующих передовых методах организации работы. Следует измерять процесс, его результаты и последствия.

Приведенные выше рекомендации были представлены в штаб-квартиру ВОЗ, с тем чтобы они были приняты во внимание при составлении проекта глобальной стратегии в области рациона питания, физической активности и здоровья.

Приложение 1. К глобальной стратегии ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья

К истории вопроса

1979	В Глобальной стратегии "Здоровье для всех к 2000 г." была подчеркнута растущая значимость хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ) как для развитых, так и для развивающихся стран.
1985	Тридцать восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения обратилась с призывом активизировать усилия по оценке значимости НИЗ и по координации долгосрочных программ профилактики НИЗ и борьбы с ними (резолюция WHA38.30).
1989	Сорок вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения призвала содействовать межсекторным и комплексным подходам к профилактике НИЗ и борьбе с ними, особенно на уровне местных общин в развивающихся странах (резолюция WHA 42.45).
1990	В своем докладе "Рацион питания, пищевая ценность потребляемых продуктов и профилактика неинфекционных заболеваний" исследовательская группа ВОЗ сформулировала рекомендации о помощи в предупреждении хронических заболеваний и снижении их последствий (Серия технических докладов ВОЗ, № 797).
1997	В "Докладе о состоянии здравоохранения в мире 1997 г. Победить страдания, обогатить человечество" описываются высокие показатели смертности, заболеваемости и инвалидности от ведущих НИЗ и предлагается создать глобальную стратегию профилактики НИЗ и борьбы с ними.
1998	Признавая бремя, лежащее на службах общественного здравоохранения из-за роста НИЗ, Пятьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения предложила Генеральному директору сформулировать глобальную стратегию профилактики НИЗ и борьбы с ними (резолюция WHA51.18).
2000	Пятьдесят третья Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила глобальную стратегию ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними и призвала государства-члены и ВОЗ активизировать усилия по борьбе с НИЗ (резолюция WHA53.17).
2001	Консультативная встреча ВОЗ призвала к принятию срочных мер по борьбе с растущей эпидемией ожирения, подчеркнув важность профилактики. ("*Ожирение: профилактика и борьба с глобальной эпидемией. Отчет о консультативной встрече ВОЗ*". Серия технических докладов, № 894).
2001	В заключительном докладе Комиссии по макроэкономике и здравоохранению "*Макроэкономика и здравоохранение: вложение в здравоохранение ради экономического развития*" было отмечено, что со многими НИЗ можно эффективно бороться посредством относительно малозатратных вмешательств, особенно посредством профилактических мероприятий, связанных с рационом питания и образом жизни.
2002	Заслушав и обсудив доклад о рационе питания, физической активности и здоровье, Пятьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения предложила ВОЗ разработать глобальную стратегию в области рациона питания, физической активности и здоровья (резолюция WHA55.23).
2002	Темой Всемирного дня здоровья 7апреля 2002 года было "Движение ради здоровья". "Движение ради здоровья" стало постоянно осуществляемой инициативой во всем мире.
2002	В "*Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. Снижение угроз, содействие здоровой жизни*" отмечается, что на долю нескольких основных факторов риска приходится значительный процент всех случаев смерти и заболеваний в большинстве стран. К числу наиболее важных факторов риска по хроническим НИЗ относятся табакокурение, избыточная масса тела и ожирение, отсутствие физической активности, недостаточное потребление фруктов и овощей, алкоголь и промежуточные последствия, такие как гипертензия и повышенные уровни холестерина и глюкозы в сыворотке.
2002	Совместная консультативная встреча экспертов ФАО/ВОЗ по вопросам рациона питания, пищевой ценности потребляемых продуктов и профилактики хронических заболеваний рассмотрела имеющиеся новейшие научные данные и приняла новые рекомендации о практических действиях.
2003	В мае 2003 г. на Пятьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята Рамочная конвенция по борьбе с табакокурением.

Создание глобальной стратегии	
2003 г.	***1 этап*** Окончательная доработка документа "*Рацион питания, пищевая ценность потребляемых продуктов и профилактика хронических заболеваний. Отчет о совместной консультативной встрече экспертов ФАО/ВОЗ*". (Серия технических докладов ВОЗ, № 916). ***2 этап*** Распространен консультативный документ для руководства при разработке стратегии. Шесть региональных консультативных встреч для сбора информации, которая будет положена в основу стратегии (март–июнь 2003 г.). Консультации с заинтересованными учреждениями Организации Объединенных Наций и другими международными организациями, с общественными организациями и с частным сектором (май–июль 2003 г.). Виртуальные публичные консультации (материалы для включения к июлю 2003 г.). ***3 этап*** Справочно-консультативная группа – группа экспертов с мировым именем – будет консультировать ВОЗ по вопросам подготовки проекта глобальной стратегии. Завершение разработки проекта стратегии (октябрь 2003 г.).
2004 г.	Представление проекта стратегии Исполнительному комитету на его 113 сессии (январь 2003 г.). Переработка проекта стратегии с учетом замечаний Исполнительного комитета. Обсуждение переработанного проекта стратегии на Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2004 г.).

Приложение 2. Предварительная программа работы

Среда, 2 апреля 2003 г.

08:30–09:30 Регистрация участников

09:30–10:30 **Пленарное заседание 1**

09:30–09:45 Открытие и выборы должностных лиц совещания

09:45–10:15 Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности и здоровья – обзор (д-р Pekka Puska, штаб-квартира ВОЗ)

10:15–10:30 Вопросы и ответы, выступления участников

10:30–11:00 *Перерыв на кофе*

11:00–12:30 **Пленарное заседание 2**: Глобальная стратегия – обзор ситуации в Европейском регионе

11:00–11:20 Физическая активность и здоровье (д-р Mikael Fogelholm, Финляндия)

11:20–11:40 Рацион питания и здоровье (г-жа Imogen Sharp, Соединенное Королевство)

11:40–12:00 Вопросы и ответы, выступления участников

12:00–12:30 Национальная программа в области питания для **Франции** (д-р M. Chauliac)

12:30–14:00 *Перерыв на обед*

14:00–15:30 **Пленарное заседание 3:** Презентации стран

14:00–15:15 Финляндия, Венгрия, Ирландия, Латвия, Соединенное королевство

15:15–15:30 Вопросы и ответы, выступления участников

15:30–16:00 *Перерыв на кофе*

16:00–17:30 **Пленарное заседание 4:** Презентации стран

16:00–17:00 Словения, Дания, Швейцария, Российская Федерация

17:00–17:30 Вопросы и ответы, выступления участников

17:30–18:30 *Прием для участников в фойе*

Четверг, 3 апреля 2003 г.

09:00–10:00 **Пленарное заседание 5:** Презентации

09:00–09:15 Аспекты общей сельскохозяйственной политики, относящейся к общественному здравоохранению (проф. L. Schäfer Elinder, Швеция)

09:15–09:30 Вопросы и ответы, выступления участников

09:30–09:45 Вклад в Глобальную стратегию, внесенный совещанием партнеров по вопросам питания, Афины 2003 г.

09:45–10:00 Введение, относящееся к порядку организации заседаний рабочих групп

10:00–10:30 *Перерыв на кофе*

10:30–12:30 **Параллельные рабочие группы**
Выработка рекомендаций к Глобальной стратегии

12:30–14:00 *Перерыв на обед*

14:00–15:30 **Параллельные рабочие группы**
Выработка рекомендаций к Глобальной стратегии

15:30–16:00 *Перерыв на кофе*

16:00–17:30 **Пленарное заседание 6**
Доклады рабочих групп на общем заседании и общая дискуссия

17:30–18:30 Совещание редакционной группы по выработке проекта рекомендаций

Пятница, 4 апреля 2003 г.

09:00–10:30 **Параллельные рабочие группы**
Выработка рекомендаций к Глобальной стратегии

10:30–11:00 *Перерыв на кофе*

11:00–12:30 **Пленарное заседание 7**
Дискуссия и достижение соглашения относительно европейских рекомендаций к Глобальной стратегии в области рациона питания, физической активности и здоровья

12:30–13:30 *Перерыв на обед*

13:30–15:00 **Пленарное заседание 9**
Выводы и последующие шаги
Закрытие совещания

Приложение 3. Список участников

Denmark

Dr Ulla Hoelund
Head of Section
National Centre for Health Promotion and Prevention
National Board of Health
Islands Brygge 67 - Postboks 1881
DK-2300 Copenhagen S
Denmark

Telephone No. : +45 72 22 77 72
Fax No. : +45 72 22 74 13
Email address: uh@sst.dk

Ms Karen Charlotte Lorenzen
Head of Section - Physical Activity
National Board of Health
Islands Brygge 67
DK-2300 Copenhagen S
Denmark

Email address: kcl@sst.dk

Dr Lone Banke Rasmussen
Danish Veterinary & Food Administration
Institute of Food Safety and Nutrition
Morkhoj Bygade 19
2860 Soborg
Denmark

Telephone No. : +45 33 95 64 27
Fax No. : +45 33 95 11 19
Email address: lbr@fdir.dk

Ms Hanne Refslund
Special Adviser on Sports
Danish Ministry of Culture
Nybrogade 2
DK-1015 Copenhagen K
Denmark

Email address: hre@kum.dk

Finland

Dr Mikael Fogelholm
Director
UKK Institute for Health Promotion Research
PO Boks 30,
FIN-33501 Tampere
Finland

Telephone No. : +358 3282 9201
Fax No. : + 358 3282 9559
Email address: mikael.fogelholm@uta.fi

Dr Kaija Hartiala
Deputy Mayor
City of Turku
Kristiinankatu 1
FIN-20100 Turku
Finland

Telephone No. : +358 2 2627 201
Fax No. : +358 2 2627 566
Email address: kaija.hartiala@turku.fi

Dr Kaija Hasunen
Ministerial Adviser (Nutrition)
Ministry of Social Affairs & Health
P.O. Box 33
FIN-00023 Helsinki, Finland

Telephone No. : +358 916 07 4035
Fax No. : +358 916 07 4144
Email address: kaija.hasunen@stm.vn.fi

Ms Mari Miettinen
Senior Planning Officer
Ministry of Social Affairs and Health
PO Box 33
FIN-00023 Helsinki
Finland

Telephone No. : +358 9 160 74720
Fax No. : +358 9 160 73296
Email address: mari.miettinen@stm.vn.fi

Dr Pirjo-Liisa Penttila
Head of Development
Ministry of Agriculture and Forestry
Mechelininkatu 27 B 22
FIN-00100 Helsinki
Finland

Telephone No. : +358 9 1605 2215
Fax No. : +358 9 5765 2496
Email address: pirjo-liisa.penttila@mmm.fi

Dr Pirjo Pietinen
Research Professor
National Public Health Institute
Deparment of Epidemiology and
Health Promotion, Nutrition Unit
Mannerheimintie 166
Fin-00300 Helsinki
Finland

Telephone No. : +358 94744 8596/8590
Fax No. : +358 9 4744 8591
Email address: pirjo.pietinen@ktl.fi

France

Dr Michel Chauliac
Direction générale de la Santé
DGS/SD5
8 Avenue de Segur
F-75007 Paris
France

Telephone No. : +33 1 40 56 41 24
Fax No. : +33 1 40 56 78 00
Email address:
michel.chauliac@sante.gouv.fr

Ms Corinne Delamaire
Nutrition Project Manager
National Institute of Prevention and
Health Education
Scientific Affairs Department
2, rue Auguste Comte
92174 Vanves Cedex
France

Telephone No. : +33 1 41 33 33 48
Fax No. : +33 1 41 33 33 86
Email address:
corinne.delamaire@inpes.sante.fr

Hungary

Dr Annamaria Somhegyi
Senior Counsellor
Ministry of Health, Social and Family
Affairs
Arany Janos u. 6-8
1051-Budapest
Hungary

Telephone No. : +36 1 332 3100
Fax No. : +36 1 331 2915
Email address: somhegyi.a@eszcsm.hu

Dr Erzsebet Ulveczki
Head
Ministry of Health
Health Promotion Department
of Chief Medical Officer
Gyali ut 2-6
H-1097 Budapest
Hungary

Telephone No. : +36 1 476 1306
Fax No. : +36 1 476 1309
Email address: ulveczki.oth@antsz.gov.hu

Dr Gabor Zajkas
Deputy Director
OKK-OETI
Gyali ut 3/a
1097 Budapest
Hungary

Telephone No. : +361 476 6470
Fax No. : +361 2151545
Email address: h11447zaj@ella.hu

Ireland

Mr Brian Brogan
Assistant Principal
Department of Health and Children
Health Promotion Unit
Hawkins House
Dublin 2
Ireland

Telephone No. : +353 1 63 54119
Fax No. : +353 1 63 54372
Email address:
brian_brogan@health.irlgov.ie

Mr Chris Fitzgerald
Principal Officer
Department of Health
Health Promotion Unit
Hawkins House
Dublin 2
Ireland

Telephone No. : +353 1 63 54 119
Fax No. : +3531 6354372
Email address:
christopher_fitzgerald@health.irlgov.ie

Israel

Dr Dorit Nitzan Kaluski
Director
Ministry of Health
State of Israel
Food and Nutrition Services
20 King David Street, P.O.Box 1176
Jerusalem 91010
Israel

Telephone No. : +972 2 625522
Fax No. : +972 (02) 6247173
Email address: tropic@netvision.net.il

Kazakhstan

Mr Alexei Berezhnoi
Head
Agency for Tourism and Sports
Sport Mass Work Department
126, M. Auezov Street
Astana, Kazakhstan

Telephone No. : +7 3172 396478
Fax No. : +7 3172 396468
Email address: sportmass@kazsport.kz

Dr Tourgeldy S. Sharmanov
President
Kazakhstan Academy of Nutrition
WHO Collaborating Centre for Nutrition
Klochkova 66
KZ-480008 Almaty
Kazakhstan

Telephone No. : +7 3272 42 92 03
Fax No. : +7 3272 42 15 29
Email address: tsharmanov@nursat.kz

Dr Kazbek A. Tulebayev
Vice-Director
National Center for Healthy Lifestyles
86, Kunaev str.
480100 Almaty
Kazakhstan

Telephone No. : +7 3 272 916936
Fax No. : +7 3 272 918842
Email address: kazbek_t@academset.kz

Latvia

Dr Uldis Armanis
Director
Latvian Food Centre
38 K. Valdemara str.
LV-1010 Riga
Latvia

Telephone No. : +371 7021713
Fax No. : +371 7021755
Email address: uldis.armanis@lpc.gov.lv

Dr Gunta Grisle
Head of Unit
Ministry of Health
Department of Environmental Health
25 Baznicas str.
LV-1010 Riga
Latvia

Telephone No. : +371 702 1584
Fax No. : +371 702 1589
Email address: gunta_grisle@vm.gov.lv

Netherlands

Mr T.G.M.A. Rutten
Policy Officer
Ministry of Health, Welfare & Sport
Sports Department
Sports, Exercise & Health Project
PO Box 20350
2500 EJ The Hague
Netherlands

Telephone No. : +31 70 340 6512
Fax No. : +31 70 340 5223
Email address: tg.rutten@minvws.nl

Prof Jaap C Seidell
Professor of Nutrition and Health
Free Unversity of Amsterdam
Faculty of Earth and Life Sciences
De Boelelaan 1085
1081 HV Amsterdam
Netherlands

Telephone No. : +31 20 444 7123
Fax No. : +31 20 444 6940
Email address: jaap.seidell@falw.vu.nl

Ms Karin C.A.M. van Gorp
Senior Policy Officer, Nutrition
Ministry of Health, Welfare and Sport
Public Health Department
P.O. Box 20350
2500 EJ The Hague
Netherlands

Telephone No. : +31 703 405751
Fax No. : +31 703 407303
Email address: ca.v.gorp@minvws.nl

Norway

Dr Sigmund A. Anderssen
Associate Professor
Norwegian University of Sport and
Physical Education
Oslo
Norway

Telephone No. : +47 232 62301
Email address: sigmunda@nih.no

Ms Bodil Blaker
Adviser
Ministry of Health
Department of Public Health
Box 8011 Dep
N-0030 Oslo
Norway

Telephone No. : +47 22 24 8602
Fax No. : +47 22 24 8656
Email address: bodil.blaker@hd.dep.no

Dr Lena Klasson Heggebø
Adviser
Norwegian Directorate for Health and
Social Welfare
Physical Activity Department
Box 8054 Dep
0031-Oslo
Norway

Telephone No. : +47 241 63453
Fax No. : +47 241 63005
Email address: lkh@shdir.no

Ms Arnhild Haga Rimestad
Director
Directorate of Health and Social Welfare
Head of Nutrition Department
UllevaIsveien 76 5 etg., Box 8054 Dep
N-0031 Oslo
Norway

Telephone No. : +47 2416 3440
Fax No. : +47 2416 3005
Email address: ahr@shdir.no

Russian Federation

Dr Larisa Merklina
Chief Specialist
Ministry of Health
Communicable Disease Prevention
Rahmanovskij pereulok 3
101431 GSP Moscow K-51
Russian Federation

Telephone No. : +7 095 292 0515
Fax No. : +7 095 2000212
Email address:
minzdrav@medservice-mzrf.ru

Prof Alexander Razumov
Director
Ministry of Health
National Centre for Rehabilitation
Rakhmanovsky per, 3
Moscow
Russian Federation

Telephone No. : +7 095 252 1883
Fax No. : +7 095 2052246
Email address: zdraf@rumed.ru

Prof Viktor Tutelyan
Director
Institute of Nutrition
Russian Academy of Medical Science
Ustinsky Proezd 2/14
109240 Moscow
Russian Federation

Telephone No. : +7 095 298 1859
Fax No. : +7 095 298 1872
Email address: tutelyan@ion.zu

Slovenia

Dr Mojca Gabrijelcic-Blenkus
Research Analyst
Institute of Public Health
of the Republic of Slovenia
Food and Nutrition Department
Centre for Environmental Health
Trubarjeva 2
1000 Ljubljana
Slovenia

Telephone No. : +386 244 1494
Fax No. : +386 244 1447
Email address: mojca.gabrijelcic@ivz-rs.si

Dr Jozica Maucec Zakotnik
State Secretary
Ministry of Health of the Republic of Slovenia
Stefanova Street 5
1000 Ljubljana
Slovenia

Telephone No. : +386 1 478 60 07
Fax No. : +386 1 478 60 79
Email address: jozica.zakotnik@gov.si

Dr Agata Zupancic
Ministry of Health
Stefanova 5
Ljubljana
Slovenia

Telephone No. : +386 1 478 6082
Fax No. : +386 1 478 6079
Email address: agata.zupancic@gov.si

Switzerland

Mrs Esther Camenzind-Frey
Deputy Head
Federal Office of Public Health
Nutrition Unit
CH-3003 Berne
Switzerland

Telephone No. : +41 31 322 94 75
Fax No. : +41 31 323 02 74
Email address:
esther.camenzind@bag.admin.ch

Mrs Denise Rudin
Expert
Gesundheitsförderung Schweiz
Dufourstrasse 30, Postfach 311
CH-3000 Bern 6
Switzerland

Telephone No. : +41 31 350 04 04
Fax No. : +41 31 368 17 00
Email address:
denise.rudin@promotionsante.ch

Prof Hannes B. Staehelin
Head
University Hospital
Geriatric University Clinic
Swiss Nutrition Council
CH-4031 Basle
Switzerland

Telephone No. : +41 61 265 29 55
Fax No. : +41 61 265 3788
Email address:
Hannes-B.Staehelin@unibas.ch

Mrs Ursula Ulrich-Vögtlin
Head
Swiss Federal Office of Public Health
Health and Environment Unit
Schwarzenburgstr. 165
CH-3003 Berne
Switzerland

Telephone No. : +41 31 323 8701
Fax No. : +41 31 322 8383
Email address: ursula.ulrich@bag.admin.ch

The Former Yugoslav Rep. of Macedonia

Prof Vladimir Kendrovski
Specialist of Hygiene & Environ. Health
Republic Institute for Health Protection
ul. 50 Divizija 6
91000 Skopje
The Former Yugoslav Rep. of Macedonia

Telephone No. : +389 2 14 70 53
Fax No. : +389 2 22 33 54
Email address: kendrovski@yahoo.com

Dr Shemsi Musa
Director
Ministry of Health
State Health & Sanitary Inspectorate
'50 Divizija' No. 6
1000 Skopje
The Former Yugoslav Rep. of Macedonia

Telephone No. : +389 2 21 34 26
Fax No. : +389 2 23 08 57

United Kingdom

Ms Mary Allison
Scottish Executive
St Andrew's House
Regent Road
Edinburgh EH1 3DG
United Kingdom

Telephone No. : +44 131 244 4153
Fax No. : +44 131 244 5074
Email address:
mary.allison@scotland.gsi.gov.uk

Ms Danila Armstrong
Acting Nutrition Programme Manager
Department of Health
Wellington House, 133-155 Waterloo Road
GB-London SE 1 8UG, UK

Telephone No. : +44 20 7972 4294
Fax No. : +44 20 7972 4141
Email address:
danila.armstrong@doh.gsi.gov.uk

Ms Maureen Howell
Higher Executive Officer
National Assembly for Wales
Health Promotion Division
Cathays Park
Cardiff CF10 3NQ
United Kingdom

Telephone No. : 029 20826723
Fax No. : 029 20825072
Email address:
maureen.howell@wales.gsi.gov.uk

Dr Paula Kilbane
Eastern Health and Social Services
Board
12-22 Linenhall Street
Belfast BT2 8BS
United Kingdom

Telephone No. : 02890 553730
Fax No. : 02890 553625
Email address: pkilbane@ehssb.n-i.nhs.uk

Ms Debbie Lye
Head,
Department for Culture, Media & Sport
Community Sport & Talent
Development
2-4 Lockspur Street
London SW1Y 5DH
United Kingdom

Telephone No. : +44 207 211 6091
Fax No. : +44 207 211 6149
Email address:
debbie.lye@culture.gsi.gov.uk

Ms Imogen Sharp
Branch Head
Department of Health
Room 542 Wellington House
CHD and Stroke Prevention
133-155 Waterloo Road
London SE1 8UG
United Kingdom

Telephone No. : +44 20 7972 4494
Fax No. : +44 20 7972 4141
Email address:
imogen.sharp@doh.gsi.gov.uk

Dr Alison Tedstone
Food Standards Agency
Aviation House, 125 Kingsway
London WC2B 6NH
United Kingdom

Telephone No. : +44 207 276 8926
Fax No. : +44 207 276 8906
Email address:
alison.tedstone@foodstandards.gsi.gov.uk

European Commission

Dr Antonio Doronzo
Principal Administrator
European Commission
Euroforum Building - EUFO 3188
DG Health and Consumer Protection
10 rue Robert Strumper
L-2557 Luxembourg
Luxembourg

Telephone No. : +352 4301 34546
Fax No. : +352 4301 32059
Email address: antonio.doronzo@cec.eu.int

Temporary Adviser

Prof Kaare R. Norum
University of Oslo
Institute for Nutrition Research
P.O. Box 1046, Blindern
N-0316 Oslo 3
Norway

Telephone No. : +47 22 851 511
Fax No. : +47 22 851 398
Email address: k.r.norum@basalmed.uio.no

Dr Janina Petkeviciene
Senior Research Fellow
Kaunas Medical University
Institute for Biomedical Research
Eiveniu str. 4
LT-3007 Kaunas
Lithuania

Telephone No. : +370 37 302960
Fax No. : +370 37 302959
Email address: Janpet@vector.kmu.lt

Prof Liselotte Schäfer Elinder
Research Manager
Swedish National Institute of Public Health
Diet and Physical Activity
Folkhälsoinstitutet
S-103 52 Stockholm
Sweden

Telephone No. : +46 8 5661 3638
Fax No. : +46 8 5661 3500
Email address: Liselotte.Elinder@fhi.se

World Health Organization

Regional Office for Europe

Dr Roberto Bertollini
Director
Division of Technical Support, Health Determinants

Telephone No. : +45 39 171717
Email address: BER@who.dk

Dr Haik Nikogosian
Unit Head
Promoting Health in Lifestyle, Environment and Development

Telephone No. : +45 39 171717
Email address: HAN@who.dk

Ms Vivian Barnekow Rasmussen
Technical Adviser
Promotion of Young People's Health

Telephone No. : +45 39 171717
Email address: VBR@who.dk

Dr Mikael Ostergren
Medical Officer
Integrated Management of Childhood Illness

Telephone No. : +45 39 171717
Email address: MMO@who.dk

Ms Cécile Knai
Technical Officer
Promoting Health in Lifestyle, Environment and Development

Telephone No. : +45 39 171717
Email address: CKN@who.dk

Ms Francesca Racioppi
Technical Officer
Transport, Environment & Health

Telephone No. : +39 06 487751
Email address: FRR@who.it

Dr Aileen Robertson
Regional Adviser
Nutrition and Food Security

Telephone No. : +45 39 171717
Email address: ARO@who.dk

Dr Aushra Shatchkute
Regional Adviser
Noncommunicable Disease Prevention

Telephone No. : +45 39 171717
Email address: ASH@who.dk

Ms Wendy Tse Yared
Coordinator
Regions for Health Network

Telephone No. : +45 39 171717
Email address: WTY@who.dk

Dr Agis Tsouros
Regional Adviser
Healthy Cities and Urban Governance Programme

Telephone No. : +45 39 171717
Email address: ATS@who.dk

Ms Gail Denner
Secretary
Promoting Health in Lifestyle, Environment
and Development

Telephone No. : +45 39 171717
Email address: GDE@who.dk

Headquarters

Dr Pekka Puska
Director
Non Communicable Disease Prevention
and Health Promotion

Telephone No. : +41 22 791 47 03
Fax No. : +41 22 791 41 86
Email address: puskap@who.int

Ms Ingrid Keller
Technical Officer
Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health

Telephone No. : +41 22 791 3448
Fax No. : +41 22 791 41 86
Email address: kelleri@who.int

Prof Anna Ferro-Luzzi
Head
Unit of Human Nutrition
National Research Institute for Food and Nutrition
WHO Collaborating Centre for Nutrition
Via Ardeatina 546
I-00178 Rome
Italy

Telephone No. : +39 06 51494417
Fax No. : +39 06 51494550
Email address: afl@inran.it

Mrs S. Poole
Technical Officer

Telephone No. : +41 22 791 4613
Fax No. : +41 22 791 41 86
Email address: pooles@who.int

Mrs Amalia Waxman
Project Manager
Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health

Telephone No. : +41 22 791 3353
Fax No. : +41 22 791 41 86
Email address: waxmana@who.int

Приложение 4. Ситуационные исследования в странах

В ходе подготовки к консультативной встрече были собраны примеры конкретных ситуаций, которые вошли в справочный материал и которые позволяют иметь более полное представление об инициативах, предпринимаемых в разных странах. Представленные здесь ситуационные исследования являются примерами того, как страны (или регионы внутри стран) пытаются снизить распространенность НИЗ и в целом улучшить здоровье населения за счет политики в области физической активности, пищевых продуктов и питания.

Дания

1. "6 порций в день" в Дании.
2. Типовой проект "Дети, пища и активность – проект укрепления здоровья в округе Фюнен, Дания".
3. Физическая активность. Руководство по профилактике и лечению, Дания.
4. Датское национальное обследование фактического питания, 2000–2002 гг.

Финляндия

5. Сотрудничество в целях укрепления здоровья (сердца) в Финляндии и предупреждения избыточной массы тела.
6. Раздел Финской ассоциации болезней сердца в промежуточном докладе Европейской инициативы по здоровью сердца (ЕИЗС III).
7. Символ сердца – выбор лучшего продукта, Финляндия.

Венгрия

8. Школьная программа по физкультуре для профилактики дегенеративных заболеваний позвоночника, Венгрия.

Соединенное Королевство

9. Компакт-диск "Накладывай и ешь!" в средних школах, Северная Ирландия, Соединенное Королевство.
10. "Здоров и годен к достижению успеха", Эксетер, Англия, Соединенное Королевство.
11. Спортивный колледж Райта Робинсона – "Исследовательский проект нового тысячелетия, 1998–2005 гг.", Манчестер, Англия, Соединенное Королевство.
12. Физическая активность и люди пожилого возраста, район Восточного совета по здравоохранению, Северная Ирландия, Соединенное Королевство.
13. Молодежь: как сделать перерывы интересными и активными с помощью разметки игровых площадок, Северная Ирландия, Соединенное Королевство.
14. Программа "Клуб завтрака в школе", Белфаст, Северная Ирландия, Соединенное Королевство.
15. Женщины в спорте и физической активности, Белфаст, Северная Ирландия, Соединенное Королевство.
16. Программа "Пять порций в день", Англия, Соединенное Королевство.
17. Инициатива по работе с населением области пищевых продуктов, Уэльс, Соединенное Королевство.
18. Отчет о работе, проведенной в средней школе Эбби Парк, 2001–2002 гг., Вустершир, Англия, Соединенное Королевство.
19. Местные экспериментальные проекты по физической нагрузке (МЭПФ), Англия, Соединенное Королевство.

Опыт других стран

1. “Шесть порций в день” в Дании.

В 1997–1998 годах Датское управление ветеринарии и пищевых продуктов создало рабочую группу, которой было поручено проштудировать научную литературу и придти к единому мнению о наличии взаимосвязи между риском заболевания и потреблением фруктов и овощей. На основании проделанной работы в сентябре 1998 г. Датское управление ветеринарии и пищевых продуктов вместе с Датским обществом по раковым заболеваниям, Датской ассоциацией сердца, Датским национальным советом по здравоохранению и организацией “КО-ОП Дания” пришли к согласию в отношении следующей рекомендации:

6 порций в день – ешьте больше фруктов и овощей
Например, 3 фрукта и 3 овоща (каждый весом около 100 г.) – итого 600 г каждый день.

Эта рекомендация адресована всему населению в возрасте старше 10 лет. Также подчеркивается необходимость разнообразия. В датской программе “Шесть порций в день” есть два исключения: 1) в нее не входит картофель; 2) фруктовые соки считаются как “одна порция в день”.

Из литературы следует, что существует зависимость типа “доза-реакция” между снижением риска раковых заболеваний и ишемической болезнью сердца и количеством фруктов и овощей, съедаемых в количестве до примерно 600 г в день. Вполне вероятно, что более высокое суточное потребление будет вести к снижению риска: расчеты показали, что потребление в количествах до 900 г в день еще может быть полезно и не будет отрицательно влиять на содержание пищевых веществ и энергии в пище.

Для того чтобы эта рекомендация была осуществима, была выбрана рекомендация “Шесть порций в день”, а не пять порций, как во многих других странах.

В 2002 г. была проанализирована литература, изданная после публикации доклада 1998 г. Все прогнозные исследования связи между потреблением фруктов и овощей и болезнью, проведенные после опубликования доклада 1998 г., показывают, что данная тогда рекомендация о суточном потреблении 600 г или более по-прежнему остается в силе. В целом проанализированные исследования показали, что, хотя обратная ассоциация с риском сердечно-сосудистых заболеваний укрепилась, ассоциация между потреблением и несколькими видами раковых заболеваний несколько ослабилась.

В докладе 1998 г. содержалась рекомендация о том, что суточное потребление фруктов и овощей детьми от 4 до 10 лет должно быть на 25% меньше, чем рекомендуется взрослым. Меньшее потребление фруктов и овощей обосновывалось меньшей потребностью в энергии и, следовательно, меньшим потреблением пищевых продуктов в этой возрастной группе. Более внимательное изучение потребления относительно потребностей в энергии у детей в возрасте от 4 до 10 лет, проведенное в 2002 г., привело к тому, что для этой возрастной группы было рекомендовано суточное потребление 300–500 грамм фруктов и овощей.

Научно-исследовательский проект

В 1999 г. было начато осуществление научно-исследовательского проекта с участием нескольких учреждений здравоохранения и производственных организаций. Целью проекта является разработка новых методов увеличения потребления фруктов и

овощей в Дании. Главное внимание в проекте уделяется изучению влияния улучшения доступности фруктов и овощей. В рамках проекта проводятся экспериментальный проект по потреблению фруктов в школах (по подписке), проект по потреблению фруктов на работе, подготовка/повышение квалификации работников розничной торговли фруктами и овощами, вмешательства в учрежденческих столовых и т.д. Весь проект будет завершен в конце 2003 г.

Экспериментальный проект по потреблению фруктов в школах предполагал проведение исследования с вмешательством в четырех школах. Для участия в нем записались сорок пять процентов детей в возрасте 6–10 лет. Потребление фруктов и овощей измерялось методом 24-часового воспроизведения перед вмешательством и повторно через пять недель. Исследование показало, что потребление фруктов возросло на 0,4 фрукта в день среди подписавшихся и на 0,3 фрукта в день у тех, кто не подписался. В результате проекта удалось обеспечить устойчивость, и была начата коммерческая программа снабжения фруктами в школе в рамках совместного проекта по маркетингу, охватывающего многие школы, родителей и учащихся в Дании.

Проект по потреблению фруктов на работе пока не завершен. Было исследовано влияние на потребление фруктов и овощей в 12 организациях (283 сотрудника) путем проведения двух интервью о потреблении пищи – до начала потребления фруктов в шести из организаций и через три месяца после этого. В этих организациях потребление фруктов возросло на 0,7 фрукта в день, а среди мужчин оно уменьшилось на 22 г в день. 96% участников заявили, что они брали бесплатные фрукты каждый день или почти каждый день, а 83 % считали, что теперь они стали есть больше фруктов.

В *проекте вмешательств в учрежденческих столовых* были проведены вмешательства в пяти столовых разных организаций. Вмешательства охватывали всех работников кухни, которые неоднократно измеряли вес всех фруктов и овощей, съедаемых в столовой. Работники сами ставили перед собой цели увеличения потребления. В столовых среднее суточное потребление возросло со 113 грамм на одного посетителя до начала вмешательства до 183 грамм в конце, примерно шесть месяцев спустя. Последующее контрольное исследование через шесть месяцев показало, что потребление возросло еще больше, до 208 грамм на посетителя.

Кампания “Шесть порций в день”

В 1998-2001 годы население путем распространения листовок и брошюр было проинформировано о принципе “**шесть порций в день**”. В мае 2001 г. была начата кампания под девизом “Шесть порций в день – ешьте больше фруктов и овощей”. В настоящее время некоторые организации и производители приняли решение о сотрудничестве и координации своей деятельности по содействию потреблению фруктов и овощей. Кампания направлена на поощрение детей старше 11 лет и взрослых к тому, чтобы они съедали каждый день по 600 грамм фруктов и овощей. Детям младше 11 лет рекомендуется съедать 400 грамм в день. Кампания также направлена на пропаганду изменений в доступности, эффективность которых была подтверждена при проведении проекта научных исследований.

Потребление фруктов и овощей

В 1995 г. обследование пищевых привычек показало, что датчане в возрасте от 11 до 75 лет потребляют в среднем 279 грамм фруктов и овощей в день. Однако после начала

в 1998 г. кампании “Шесть порций в день” они стали есть больше фруктов и овощей. Новые обследования показывают значительное увеличение потребления фруктов и овощей. Так, в 2002 году каждый датчанин старше 11 лет потреблял 379 грамм фруктов и овощей, или на 100 грамм в день больше. В частности, у датчан, по-видимому, выработался вкус к фруктам, из которых самыми любимыми являются яблоки, груши и бананы.

2. Типовой проект “Дети, пища и активность – проект укрепления здоровья в округе Фюнен, Дания”
Мортен Кроман Нильсен, координатор проекта

Типовой проект “Дети, пища и активность” представляет собой рассчитанный на два с половиной года проект сотрудничества между десятью муниципалитетами на острове Фюнен. В нем участвуют министерство внутренних дел и здравоохранения Дании, Датский национальный совет по здравоохранению, Орхусская школа архитектуры, Рабочая группа по истории спорта/игровой парк Герлев, образовательный центр округа Фюнен и администрация округа Фюнен. Базовой организацией для типового проекта является департамент профилактики и здравоохранения округа Фюнен. Оценка проекта проводится Национальным институтом общественного здравоохранения.

Главная цель состоит в улучшении благополучия и здоровья и предупреждении болезни среди детей посредством достижения серии точных и поддающихся измерению целей:

- Выработать политику в области пищевых продуктов и физической активности.
- Повысить уровень знаний и умений профессиональных работников.
- Выработать умения у детей, чтобы они могли гигиенически грамотно действовать и поступать в отношении пищевых продуктов и физической активности.
- Создать среду для пищевых продуктов, приема пищи и физической активности.
- Привлечь к осуществлению проекта родителей и семьи.
- Сделать детей физически более активными.
- Добиться, чтобы рацион питания детей удовлетворял официальным требованиям.

Местом, намеченным для осуществления проекта, является детское учреждение, в котором дети проводят большую часть своего времени в течение дня. Целевые группы включают детей в возрасте от 3 до 10 лет, воспитателей, учителей, руководителей, патронажных работников, врачей-педиатров и зубных врачей. Одной из главных целей проекта также является привлечение к участию в проекте родителей и семей.

Участвующие в проекте муниципалитеты выбрали по одному микрорайону, в состав которого входит детский сад, государственная школа и спортивно-оздоровительный центр (SFO). В каждом микрорайоне создана местная группа по развитию, состоящая из 12 членов – штатных работников каждого учреждения, местных медицинских работников и сотрудников из муниципалитета.

Основным видом работы в проекте является программа образования в области питания и физической активности, нацеленная на перечисленные выше группы профессиональных работников. В разных разделах программы рассматриваются новые методы решения вопросов питания и физической активности, причем главный акцент делается на проведение мероприятий в рамках институциональной структуры. Любое дополнительное мероприятие считается полезным. Участникам даются рекомендации о том, как выявлять возможности и средства для поощрения детей к тому, чтобы они

повышали свой уровень активности, посредством новых схем, в другие часы и новыми методами. Это направление работы поддерживается благодаря сотрудничеству с Рабочей группой по истории спорта/игровым парком Герлев. Участники, ознакомленные со старыми атлетическими играми, заново “изобретенными” этим заведением, могут приобрести полезный опыт благодаря такому ознакомлению и занятиям, которые в более высокой степени *включают* всю группу детей, вместо традиционных занятий спортом и физкультурой, которые часто проводятся с детьми.

К новым способам работы над проблемами питания относится признание пищи как интегрирующего фактора социальной жизни и роли принятия пищи в формировании общности людей; другими словами, признание социального, культурного и эстетического, а также воспитательного и питательного аспектов приготовления и потребления пищи.

В процессе сотрудничества с Орхусской школой архитектуры ряд студентов и преподавателей работают над темами данного проекта в связи с физическими рамками школ и учреждений. Их работа разбивается на две части: на одном факультете студенты выдвигают предложения об изменениях в существующих физических объектах. На другом факультете работа заключается в том, чтобы давать предложения о том, как могут выглядеть новые учреждения и школы, если учитывать максимальные возможности улучшения культуры потребления пищи и физической активности детей. Вклад специалистов-архитекторов будет представлен на заключительной конференции, проведение которой планируется осенью 2004 г.

Большое внимание уделяется закреплению проекта на политическом уровне, что выражается в содействии выработке местной политике в области питания и физической активности. Также подчеркивается важность отношений партнерства и диалога между профессиональными работниками и семьями по вопросам общей заинтересованности в мерах вмешательства. Это отражает намерение оказывать позитивное долгосрочное воздействие на роль питания и физической активности в жизни учреждений и семей.

Лицо для контактов: координатор проекта Мортен Кроманн Нильсен, департамент профилактики и здравоохранения округа Фюнен, Ørbækvej 100, DK-5220 Odense SØ, Denmark
Тел.: +45 65 56 12 09; электронная почта: mrk@afs.fyns-amt.dk;
Web: www.boernmadbevaegelse.dk

3. Физическая активность. Руководство по профилактике и лечению. Дания

Задача: создать основанное на фактических данных руководство по физической активности.

Цели: 1) обучить медицинских работников (в особенности врачей общей практики) ведению профилактики и лечения на основе физической активности;
2) информировать медицинских работников об имеющихся фактических данных;
3) побудить медицинских работников к тому, чтобы они обсуждали с пациентами важность и возможности физической активности и таким путем повышали активность пациентов.

Целевая аудитория: врачи общей практики, физиотерапевты, медсестры и др.

Политика/инициатива: Национальный совет по здравоохранению Дании уделяет большое внимание подготовке системы медико-санитарной помощи к включению физической активности в профилактику и лечение. Совет пришел к выводу, что по данному вопросу недостаточно знаний и материалов.

Национальный совет по здравоохранению попросил двух ведущих специалистов в этой области – профессора Бенте Кларлунд Педерсен и профессора Бенгта Салтина – вместе создать новый материал. Б. Педерсен и Б. Салтин обратились к базам данных “MEDLINE” и “Cochrane Library” для ознакомления со всеми научными исследованиями по вопросу физической активности. Поэтому руководство базируется целиком и исключительно на новейших исследованиях в данной области. Это руководство, изготовленное в виде папки, будет обновляться каждые 6 месяцев по Интернету. Оно состоит из трех частей:

- Часть первая: Основы физиологии работы.
- Часть вторая: Физическая активность и профилактика.
- Часть третья: Физическая активность как лечение.

Поворотным пунктом в книге является третья часть. Авторами собрана информация и фактические данные о 27 неинфекционных заболеваниях, с которыми врачи общей практики сталкиваются очень часто в своей повседневной работе с пациентами, например, избыточная масса тела, гипертензия, боль в спине, различные виды рака и т.д. В разделе по каждой болезни дается следующее:

- Перечень фактов, свидетельствующих о воздействии физической активности на данное заболевание.
- Информация для справки общего характера о заболевании.
- Механизм.
- Классификация физической активности.
- Противопоказания.

Имея такое руководство, врачи могут назначать именно тот вид физической активности, который можно применить для предупреждения и лечения широко распространенных болезней. Данное руководство станет активно применяемым в секторе здравоохранения инструментом и одновременно будет служить средством диалога в сотрудничестве между врачами, физиотерапевтами, спортивными объединениями и т.д. для достижения конечной цели укрепления здоровья населения.

Распространение: Физическая активность. Руководство по профилактике и лечению было представлено в феврале 2003 г. на конференции медицинских работников по физической активности. Руководство было распространено среди всех врачей общей практики в Дании, всех больниц и среди широкого круга лиц, работающих в системе медико-санитарной помощи. Руководство было распространено в феврале 2003 г. и было принято очень хорошо. Книга пока не переведена на английский язык. Национальный совет по здравоохранению решает вопрос о переводе.

Лицо для контакта: Карен Лорензен, Национальный совет по здравоохранению, Islands Brygge 67, 2300 København S
Тел. +45 7222 7773; электронная почта: kcl@sst.dk; Web: www.sst.dk

4. Датское национальное обследование фактического питания

Резюме отчета “Danskernes kostvaner 2000–2001”.

Цель национального обследования фактического питания состоит в описании пищевых привычек датского населения. В ходе обследования применялся метод журнала примерного количества потребляемой пищи за семь дней. Этот же метод использовался при проведении датского общенационального обследования фактического питания в 1995 г.

Сбор данных был начат в июне 2000 г. и продолжался до декабря 2002 г. Всего в обследовании принимало участие 4000 человек в возрасте от 4 до 75 лет. Описываемые в данном отчете результаты включают результаты первого года обследования – с июня 2000 г. до июня 2001 г. В течение этого периода в обследовании принимали участие 207 детей в возрасте 4–14 лет и 869 взрослых в возрасте 15–75 лет. Результаты сравниваются с результатами предыдущего обследования питания. Число участников в обследовании 2000/2001 гг. относительно невелико, поэтому данные представляют лишь малую часть всего обследования. Поэтому интерпретировать их нужно осторожно.

Результаты показывают рост потребления фруктов и овощей и снижение потребления жира как среди детей, так и среди взрослых. Что касается других продуктов, отмечены лишь незначительные изменения. Потребление напитков возросло за счет увеличения потребления безалкогольных напитков (дети), воды и фруктовых соков (обе возрастные группы) и вина (взрослые).

Содержание жира в рационе питания снизилось: доля энергии, получаемой за счет жира, сократилась с 37% в 1995 г. до 33% в 2000/2001 гг. Среди детей слишком высоко количество сахара, добавляемого в пищу: на его долю приходится 14% потребляемой энергии.

Общее потребление энергии сократилось как среди детей, так и среди взрослых, но явно недостаточно для того, чтобы компенсировать рост распространения малоподвижного образа жизни. Анализ показывает, что доля лиц, сообщивших о низком потреблении энергии, в период с 1995 г. по 2000/2001 гг. возросла.

5. Сотрудничество в целях укрепления здоровья (сердца) в Финляндии и предупреждения избыточной массы тела

За последние 20–30 лет здоровье сердца в Финляндии заметно улучшилось. За этот период смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди населения трудоспособного возраста сократилась более чем на 60%. Но, несмотря на это положительное изменение, заболеваемость и смертность от ССЗ по-прежнему остаются слишком высокими. Например, смертность от ишемической болезни сердца среди мужчин трудоспособного возраста в 2–2,5 раза превышает аналогичные показатели в Южной Европе. Учитывая это, министерство социальных дел и здравоохранения и Финская ассоциация сердца (ФАС) в ноябре 1997 г. организовали совещание по выработке единой позиции, на котором был утвержден план действий по укреплению здоровья сердца в Финляндии. Цель этого плана действий – уменьшить смертность от ССЗ среди трудоспособного населения наполовину от уровней конца 90-х годов. План действий, нацеленный на все население, состоит из более 100 рекомендаций в отношении питания, физической активности, прекращения курения, уменьшения психологических и социальных факторов риска и укрепления здоровья детей и молодежи.

Из 5 миллионов финнов 180 тысяч человек болеют диабетом, и это число, согласно оценкам, к 2010 г. возрастет до 300 000. Большинство из них (почти 90%) страдают диабетом 2 типа. При диабете 2 типа для активизации генетической предрасположенности требуется влияние определенных факторов образа жизни. Эти факторы образа жизни – избыточная масса тела и отсутствие физической нагрузки – в последнее время резко усилились, и, таким образом, диабет 2 типа является быстро растущей проблемой общественного здравоохранения. Для того чтобы улучшить ситуацию, Финская ассоциация диабета (ФАД) вместе со своими партнерами (среди них ФАС) приступила к осуществлению Программы развития по профилактике и лечению диабета в Финляндии на период 2000–2010 гг. Главной целью этой программы является систематическая профилактика диабета 2 типа. Программа также ставит целью развитие системы лечения и ухода за больными диабетом.

Две указанные выше крупные общенациональные программы явились естественной основой для сотрудничества между ФАС и ФАД. Это сотрудничество позволило им начать в 2001 г. осуществление проекта “Одно маленькое решение в день”, а до этого, в 2000 г. – “Системы сердечек”.

Проект “Одно маленькое решение в день” представляет собой практическое средство укрепления здоровья сердца в Финляндии и профилактики диабета 2 типа. Главной целевой группой программы является население трудоспособного возраста. Важным фактором общей ситуации, в которой осуществляется этот проект, является растущая проблема избыточной массы тела в Финляндии. По данным проведенных недавно исследований, более половины финнов имеют ИМТ выше 25. Проект состоит из двух функциональных разделов:

а) Похудение и регулирование массы тела – модель групповых занятий для специалистов. В этой части нашим официальным партнером по сотрудничеству является Центр научных исследований и разработок Института социального страхования Финляндии. В период 2001–2002 гг. ФАС и ФАД организовали 12 учебных курсов для инструкторов групповых занятий (3+2 дня), и в текущем году планируется провести еще восемь. В учебных и дополнительных материалах использованы новейшие знания о профилактике метаболического синдрома, лечении

ожирения, изменении привычек в питании и физической активности и о методике ведения работы с группой.

б) Работа по организации самопомощи. Цель здесь состоит в том, чтобы выработать метод работы через взаимодействие с людьми, находящимися в одинаковом положении, используя для этого прежний опыт ФАС. Исходной точкой является поддержка изменений в образе жизни (каждый помогает себе достичь цели с помощью группы равных себе людей).

Первые курсы по обучению новых инструкторов по организации самопомощи были организованы осенью 2001 г. В 2002 г. было проведено 12 аналогичных курсов, и еще как минимум 10 курсов планируется провести в 2003 г. ФАС и ФАД постарались создать такой метод работы, который мог бы использоваться не только местными организациями ФАС и ФАД, но и другими организациями и участниками данной деятельности.

ФАД и ФАС не только организуют обучение, но и издают материалы для инструкторов и клиентов. Часть этих пособий публикуется в Интернете. Разработка наборов учебных пособий и дополнительного материала будет завершена окончательно нынешней весной.

Одним из важнейших элементов проекта “Одно маленькое решение в день” является кампания по информированию населения, которая началась в октябре 2000 г. Цель этой кампании состоит в том, чтобы каждый взрослый человек задумался хотя бы на минуту над вопросами, имеющими большое значение для его собственного здоровья и благополучия. Также планируется давать людям варианты выбора в мелочах повседневной жизни, чтобы они могли сделать выбор в интересах собственного здоровья. Ключевыми вопросами кампании являются питание, физическая активность и отказ от курения. К используемым средствам массовой информации относятся национальное телевидение, каналы радио, крупнейшие журналы и т.д. Частью кампании в СМИ является пакет информационных материалов о важности и возможностях укрепления здоровья, предназначенный для руководителей местного уровня. В следующем году будет также организован семинар “Здоровые СМИ”. Будут приглашены редакторы, ответственные за выработку общего редакционного курса и политики в подаче новостей в органах СМИ, чтобы обсудить на этом семинаре силу и ответственность СМИ в сфере информации о здоровье.

Программа KKI (“Годен к жизни”). Финская ассоциация “Спорт для всех”, Финская ассоциация ревматизма и Общество рака Финляндии сотрудничают с ФАГ и ФАД в проведении информационной кампании. Такое сотрудничество повышает внимание со стороны общественности и усиливает воздействие пропагандируемых идей. Сеть услуг, предоставляемых коалицией, помогает финнам заниматься физическими упражнениями в поддержку принимаемых ими решений недалеко от дома. Программа планируется так, чтобы поддерживать участвующие в ней организации в проведении мероприятий на местном уровне. В наилучшем варианте кампания может включать элементы рекламы этих мероприятий, проводимых на местном уровне.

Лицо для контактов: Мика Пыкко, заведующий отделом развития и укрепления здоровья, Финская ассоциация сердца. Тел. +358 9 752 752 29 или +358 400 841 662; факс +359 9 752 752 50; электронная почта: mika.pyykko@sydanliitto.fi

6. Вклад Финской ассоциации сердца в составление промежуточного отчета о 3 этапе ЕИЗС (EHHI III) (отчетный период – июль 2002 г. – декабрь 2002 г.). Соглашение о выделении гранта SPC.2002243

а) Последние сведения о национальных альянсах Финской ассоциации сердца

В рамках постоянно проводимой работы по укреплению здоровья сердца и первичной профилактике ССЗ в Финляндии ФАС и Министерство социальных дел и здравоохранения опубликовали совместное заявление “План действий по укреплению здоровья финского сердца” (1998 г.). Координацией и осуществлением “Плана действий” занимается ФАС. Роль ФАС заключается в создании и укреплении альянсов между другими организациями и партнерами, которые разделяют ее цели по укреплению здоровья сердца и профилактике ССЗ, и в координации осуществления предложений и рекомендаций, выдвигаемых такими альянсами. ФАС определила первоочередные задачи в области укрепления здоровья сердца и профилактики ССЗ в будущем в общенациональных масштабах, выбрав ряд рекомендаций и создав альянсы. Вначале главное внимание уделялось питанию и физической активности. В последние два года особое внимание также было обращено на укрепление здоровья среди детей и молодежи и на планирование стратегии профилактики в борьбе с психосоциальными факторами риска.

Принять участие в работе альянсов попросили ведущих специалистов из различных областей укрепления здоровья сердца. Список членов альянсов, приложенный к предыдущему отчету, по-прежнему соответствует реальному положению дел. За отчетный период активно действовали следующие альянсы:

Символ сердца. Цель: создать систему, посредством которой в реализации рекомендаций о питании можно было бы содействовать с помощью *символа сердца*, присваиваемого пищевым продуктам. ФАС и Финская ассоциация диабета приступили к внедрению системы “Символ сердца” в начале 2000 г. Право на использование символа предоставляется (после подачи заявки) такому фасованному продукту, который удовлетворяет критериям, установленным для групп продуктов по количеству и качеству жира, содержанию соли и холестерина. В случае хлебопродуктов и зерновых продуктов учитывается также содержание пищевых волокон. Продукты, которые не являются важными пищевыми источниками жира и соли (например, овощи и фрукты) в данную систему не включаются. В начале 2003 года право на использование символа имел 131 продукт (19 компаний).

В декабре 2002 г. ФАС провела опрос (силами Finnish Gallup Ltd.) с целью выяснения того, насколько потребители узнают этот символ и оказывает ли он влияние на их намерение купить товар. Согласно результатам опроса, повысилось как узнавание символа сердца, так и его влияние на намерение купить товар. Символ сердца знают более 42% финнов старше 15 лет. Примерно один из четырех ответивших и 38% из тех, кто узнает символ сердца, указали, что он оказывает влияние на совершение покупок либо часто, либо время от времени. Женщины узнают символ сердца чаще, чем мужчины, и он также чаще влияет на совершение покупок женщинами.

Общественное питание в столовых. Задача – улучшить здоровье населения через правильное планирование и правильную организацию питания в столовых. На питание финнов большое влияние оказывает пища, приготавливаемая вне дома: каждый третий финн каждый день как минимум один раз принимает пищу, приготовленную вне дома.

Цель данного союза состоит в том, чтобы добиться эффективного соблюдения в общественных столовых рекомендаций о питании, способствующем здоровью сердца. В предлагаемой в столовых пище следует делать упор на вкусных и здоровых, а также разнообразных блюдах. В частности, необходимо уделять внимание содержанию жиров, натрия (соль) и пищевых волокон. Посетители должны быть информированы о здоровых свойствах и пищевой ценности предлагаемых блюд, следует поощрять их к выбору более здоровой пищи.

Группа оказала помощь в подготовке доклада *"Питание в общественных столовых и предложение о создании системы по контролю общественного питания"* (издание ФАС, 2002:1), в котором общественное питание рассматривается с точки зрения общественного здравоохранения, т.е. с позиций обеспечения реализации рекомендаций о питании. Цель состоит в ускорении создания системы проверки предприятий общественного питания и оценки качества питания в столовых. Национальный институт общественного здравоохранения создает систему наблюдения за пищевыми привычками потребителей. На ФАС совместно с министерством здравоохранения и социальных дел возложена ответственность за создание и внедрение системы проверки предприятий общественного питания. Группы экспертов данного альянса собирались на совещания пять раз.

Совместно с Финским обществом по производству продукции садоводства осенью было проведено обучение персонала предприятий общественного питания (девять мероприятий в течение осени). Всего в мероприятиях приняло участие около 1000 человек. В состав учебных материалов входила брошюра с рецептами "Оживите совещание". Идея публикации состояла в том, чтобы предложить новые альтернативы традиционному угощению, например, кофе и датскому печению. (См. Приложение 2).

Физическая активность, способствующая укреплению здоровья (ФАУЗ) – цель этого направления работы состоит в пропаганде физических упражнений или другой достаточной физической активности и в превращении физической активности в устойчивый стиль жизни среди как можно большего числа финнов. Группой экспертов (одно совещание) разрабатываются общенациональные рекомендации ФАС в отношении физической активности, предназначенные для профессиональных работников. Рекомендации в отношении питания и в отношении физической активности будут изданы одной брошюрой, чтобы подчеркнуть важность этих аспектов как взятых вместе, так и по отдельности, в соответствии с европейской моделью.

Форум здоровья детей. Цель состоит в повышении благополучия детей и молодежи. Основной задачей было помочь родителям, педагогам, специалистам здравоохранения и всем другим лицам, работающим с детьми, не забывать о главной цели – о детях и молодежи. "Форум" также нацелен на лиц, принимающих решения, и на органы власти в целом, чтобы они были полностью информированы об основных факторах и мероприятиях. Самым ценным итогом форума на сегодняшний день является создание платформы для открытого диалога и выработки совместных действий. В рамках Форума здоровья детей выпущен сборник информации о членах альянса (проводимая работа, материалы и календарь мероприятий). В конце 2002 г. в альянсе насчитывалось 11 членов. В сентябре 2002 г. состоялся ежегодный семинар "Слушайте, взрослые".

"Одно маленькое решение в день" совместно с Финской ассоциацией диабета – для пропаганды и улучшения здоровья сердца и профилактики диабета 2 типа и метаболического синдрома. Ожирение и избыточная масса тела приводят к

повышению риска ССЗ и неинсулинозависимого сахарного диабета. И без того высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения растет быстрыми темпами. В ответ на это в 2001 г. ФАС совместно с Финской ассоциацией диабета объявили кампанию "Одно маленькое решение в день" в целях профилактики сердечных заболеваний и диабета 2 типа. В рамках кампании разрабатывается модель регулирования веса для использования медицинскими работниками. В программу регулирования веса входит вспомогательный материал, связанный с моделью, и подготовка инструкторов. Материал предназначается специально для людей, имеющих избыточную массу тела, но с ИМТ ниже 35, или людей, страдающих метаболическим синдромом или диабетом 2 типа. Планирование и апробация программы и подготовка инструкторов начались в 2001 г., а окончательный вариант программы планируется разработать в 2003 г. Осенью 2002 г. было проведено шесть учебных курсов (около 130 участников). Результаты оценки (подготовки инструкторов и обучения и программы регулирования веса) оказались весьма обнадеживающими.

Действенным, гибким и полезным способом укрепления здоровья сердца являются группы самопомощи: собственными усилиями и при поддержке группы человек может принять более здоровый образ жизни и предупредить развитие ССЗ, метаболического синдрома и диабета 2 типа. Цель заключается в том, чтобы на основе прежнего опыта ФАС выработать метод работы в группе людей, находящихся в одинаковом положении. Группы самопомощи ФАС (ITE) располагают готовыми материалами, предназначенными для инструкторов и членов групп. В 2002 году для новых инструкторов групп самопомощи было организовано 12 учебных курсов.

Одним из главных элементов проекта является общенациональная кампания в СМИ, которая была начата в октябре 2002 г. Кампания нацелена на все взрослое население. Замысел кампании состоит в том, чтобы каждый человек остановился на минуту и задумался о том, что важно для его собственного здоровья и благополучия. Кампания также предусматривает распространение в Интернете, по телевидению, радио и в газетах легких для понимания советов о маленьких повседневных решениях о том, какой сделать выбор для пользы собственного здоровья. В число партнеров, участвующих в этой кампании, входят Финская ассоциация ревматизма, Финская ассоциация раковых заболеваний, ФАС, Финская ассоциация диабета, программа "Годен для жизни" и Финская ассоциация "Спорт для всех". По данным опроса общественного мнения (компания Finnish Gallup Ltd.), проведенного через пять недель после начала кампании, около 25% населения так или иначе заметили проводимую кампанию, а около 20% под влиянием этой кампании уже внесли некоторые изменения в свой образ жизни.

"Психическое благополучие и здоровье сердца" совместно с Финской ассоциацией психического здоровья: цель заключается в повышении индивидуального психического благополучия и в поощрении предприятий и организаций к тому, чтобы они создавали такие условия на работе, которые помогают людям поддерживать свою трудоспособность. Психологические факторы очень важны, но представляют собой трудный предмет, когда стоит вопрос о здоровье сердца. Разработан план действий:

- по обучению тех, кто занят в сфере укрепления здоровья и работает в области психического благополучия и здоровья сердца;
- по содействию укреплению психического здоровья на рабочем месте;
- по налаживанию сотрудничества на местном уровне в сфере укрепления психического здоровья.

Финансирования на осуществление проекта пока нет.

Комитет по руководству осуществлением Европейской инициативы в области здоровья сердца: создан с целью пропаганды и поддержки национальных организаций и партнеров в деле укрепления здоровья сердца. Он также призван добиваться того, чтобы лица, принимающие решения в стране, и Европейская Комиссия рассматривали профилактику ССЗ в качестве одной из первоочередных задач при планировании будущих направлений политики в области здравоохранения. В настоящее время изучается новая концепция работы этого комитета. Эта новая концепция будет предполагать проведение 1–2 семинаров в год на высоком уровне, посвященных точным и конкретным темам, и издание ежемесячного информационного бюллетеня (по основным общеевропейским вопросам здравоохранения).

б) Последняя информация о деятельности Финской ассоциации сердца (ФАС)

Рекомендация ФАС в отношении питания: Уже издана первая рекомендация ФАС в отношении питания. Она была разработана группой экспертов ФАС по вопросам питания и основана на международных (Американская ассоциация сердца, Европейская сеть по сердечным заболеваниям и т.д.) и национальных рекомендациях. Рекомендация адресована главным образом работникам здравоохранения. Цели на популяционном уровне заключаются в том, чтобы:

- способствовать здоровому питанию;
- снизить чрезмерное потребление энергии и повысить расход энергии с тем, чтобы уменьшить избыточную массу тела и ожирение;
- снизит потребление твердых жиров;
- увеличить долю мягкого жира в общем потреблении жира;
- снизить потребление соли;
- увеличить потребление пищевых волокон;
- увеличить потребление овощей, фруктов и ягод.

Рекомендация включает детализированные цели в отношении наиболее важных факторов, влияющих на здоровье сердца (см. Приложение).

Кампания "Жизнь в цветах – здоровье благодаря овощам". Эта кампания, проведенная Финской ассоциацией по производству продукции садоводства, Финской ассоциацией сердца и Финской ассоциацией раковых заболеваний, была начата в середине августа и продолжалась до конца октября. Кампания была нацелена на учащихся 7 классов. Цель кампании заключается в том, чтобы повысить потребление овощей, фруктов и ягод до полукилограмма в день, как указано в рекомендации. Кампания включает следующие компоненты:

- Книга рецептов *"Голоду – бой"*, предназначенная для учащихся 7 классов. В ней множество несложных в приготовлении рецептов блюд для молодых людей. Блюда содержат обильное количество овощей; в число ингредиентов включены материалы с низким содержанием жира и соли. Книга используется на уроках домоводства, но также является хорошим пособием для приготовления домашней пищи. Школам эта книга предоставляется бесплатно. На веб-сайте www.raastavanalka.info размещена интернет-версия книги рецептов, советы по организации вечеринок, рецепты блюд для вечеринок, пищевой глоссарий и советы начинающим кулинарам, тест по овощам и информация о потреблении овощей. Книга и веб-сайт рекламируются на плакате, разосланном в школы.

- Совместно с Центром сельских женщин и домохозяек в начальных школах было проведено около 100 мероприятий, посвященных овощам. Благодаря выставкам и дегустации овощей, более 22 000 школьников познакомились с овощами. Знания закреплялись в играх – путем разгадывания овощных кроссвордов. Во многих школах в столовых также предлагались пищевые продукты, связанные с этой темой. Не менее трех порций овощей, фруктов и ягод в день съедает лишь пятая часть детей. Цель школьных мероприятий состоит в том, чтобы напомнить детям о благотворном влиянии и качествах овощей.
- В поддержку кампании по телевидению демонстрировались видеоклипы, в которых соединены физическая активность и польза овощей для здоровья. В бадминтоне и самбике успех приходил с помощью овощей.

Программа "Женское сердце" (2002–2004 гг.). Цель этой программы заключается в распространении идеи о том, что сердечные заболевания – это вопрос женский. В Финляндии от сердечных заболеваний умирает каждая четвертая женщина. По данным опроса, проведенного по заказу ФАС, только одна из четырех женщин признает, что ССЗ являются главной причиной смерти среди женщин (Приложение 5),

На первом этапе целевыми группами являются:

- женщины старше 40 лет;
- женщины, болеющие ССЗ;
- работники здравоохранения;
- лица, принимающие политические решения.

В октябре 2002 г. был проведен семинар. Цели семинара включали:

- освещение нынешних достижений науки, выявление пробелов в знаниях и возможностей проведения научных исследований в области ССЗ у женщин, начиная от профилактики, диагностики, лечения и до реабилитации в контексте отдельного человека, общества и на уровне политики;
- обобщение данных о женщинах и ССЗ;
- составление более детальных планов работы.

Всемирный День сердца 2002 г. в Финляндии. Всемирный День сердца 2002 г. и физкультурный "Сердечный поход", традиционно организуемый ФАС, были совмещены в одну серию веселых осенних мероприятий. Цель состояла в том, чтобы побудить финнов больше ходить пешком для пользы своего сердца и способствовать распространению оздоровительной физической активности. "Сердечный поход" был мероприятием для всей семьи. Примерно сто ассоциаций сердца организовали местные "Сердечные походы". Во время проводимых мероприятий населению раздавались материалы и листовки, посвященные укреплению здоровья сердца. Широкое освещение в СМИ способствовало повышению действенности мероприятий, в которых участвовали в общей сложности около 7000 человек.

Совместно с Финским обществом кардиологии было проведено общественное мероприятие под девизом "Сердце – жизни". В это мероприятие, среди прочего, входили презентации по вопросам ишемической болезни сердца у женщин, гормонозамещающей терапии и возможности медикаментозной профилактики ССЗ. Проводились скрининговые анализы содержания холестерина и измерения кровяного давления, исследования ЭКГ для населения, людям предоставлялась возможность получить консультацию кардиолога. В мероприятии участвовали примерно

500 человек. (См. Приложение 6, 47 газетных вырезок). Мероприятие также было упомянуто в передачах радио и телевидения.

Накануне Дня сердца (23 сентября) ФАС совместно с Финским обществом кардиологии провела пресс-конференцию для журналистов, работающих с медицинской тематикой. Главными темами пресс-конференции были "*Европейский план укрепления здоровья сердца*" и "*Гормонозамещающая терапия*". В период с 20 по 29 сентября компания "Юниливер бест фудз" выпустила шесть пресс-релизов. Три из них были основаны на интервью экспертов ФАС (питание, физическая активность и ССЗ). Мероприятия были подкреплены темой физической активности в вопросе "Сердце – Сюдон". Всемирный День сердца получил поддержку и широко пропагандировался в национальных и местных средствах массовой информации. На веб-сайте ФАС было размещено заявление комиссара ЕК Бирна.

Пропаганда физической активности среди детей и молодежи. В группе экспертов по оздоровительной физической активности проведено обсуждение документа "*Дети и молодежь: важность физической активности*", опубликованного в контексте Европейской инициативы в области здоровья сердца. Обсуждался вопрос о реализации рекомендаций в контексте "Финской национальной рекомендации в отношении пропаганды оздоровительной физической активности на местном уровне" и доклада "Общенациональные рекомендации в отношении пропаганды оздоровительной физической активности". Комитет подчеркивает важность достаточной физической активности для всей жизни. Физическая активность должна быть составной частью повседневной жизни для всех, необходимо поощрять семьи к тому, чтобы вся семья была физически активной. Что же касается детей и молодежи, целью оздоровительной физической активности является содействие повышению активности в быту, особенно среди малоподвижных неактивных детей. Физическая активность должна быть частью дневного ухода за детьми как в школе, так и во время организованных внешкольных занятий.

ФАС совместно с Лигой за благополучие детей имени Маннергейма готовит материалы по элементарному санитарному просвещению для семей, которые предполагается использовать в клиниках здорового младенца/ребенка. Исходной точкой являются фундаментальные факторы повседневной жизни в семьях с детьми: питание, физическая активность, отдых и радость. Готовятся к изданию три публикации "Азбуки ухода", предназначенные для ухода за детьми до года, от 1 до 3 лет и от 4 до 6 лет.

Освещение деятельности в средствах массовой информации. Главным средством информирования о деятельности является документ "Сюдон – сердце" и веб-сайт ФАС (www.sydanliitto.fi). Был сделан перевод на финский язык "Heart Matters V", который затем был распространен на бумажном носителе и/или через веб-сайт.

в) Публикации

"Principles for granting the Heart Symbol" ("Принципы присуждения Символа сердца"), по группам пищевых продуктов, пересмотрены в 2002 г.
"Lighten up a meeting" ("Оживи встречу") (Kevennä Kokousta), книга рецептов, издана в 2002 г.
"FHA's Nutrition Recommendation"("Рекомендация ФАС о питании"), опубликована в 2002 г.

“Racking hunger” (Raastava nälkä) (“Голоду – бой”), книга рецептов, опубликована в 2002 г.
“Woman's Heart” (Naisen Sydän)(“Женское сердце”), листовка, опубликована в 2002 г.

г) Новости в сфере политики

Политика в отношении табака в Финляндии. Представляют интерес проходящие в последнее время дебаты по вопросам табакокурения. Главными темами являются следующие: снижение или повышение налога на табачные изделия и возможные последствия (молодежь, контрабанда и т.д.) и права больниц по установлению пределов или введению запрета на курение в рабочее время.

7. Символ сердца – выбор лучшего продукта, Финляндия

Финская ассоциация сердца и Финская ассоциация диабета в начале 2000 г. приступили к выполнению программы “Символ сердца”, которая позволяет потребителю с первого взгляда определить, что продукт, отмеченный этим символом, представляет собой лучший вариант выбора из этой группы продуктов с точки зрения содержания жира и натрия.

Главной целью системы “Символ сердца” является укрепление здоровья населения. Для пищевой промышленности это действенное средство рекламирования и сбыта продукции, которая получила право использовать этот символ.

Многим потребителям на практике трудно составить для себя здоровый рацион питания. “Символ сердца” облегчает эту задачу. Это бросающееся в глаза дополнение к информации о пищевой ценности на упаковке пищевых продуктов, которое помогает потребителю выбрать лучший продукт с точки зрения качества и количества жиров и натрия.

На сегодняшний день право использовать “Символ сердца” может предоставляться в шести разных группах продуктов: молоко и молочные продукты и другие родственные им продукты; пищевые жиры; мясные продукты; хлеб и зерновые продукты; полуфабрикаты, требующие минимальной обработки; приправы и соусы.

Продукты, в которых натрий и жир проблемы не представляют, в эту систему не включены (например, овощи и фрукты, а также нефасованные продукты). К числу критериев присуждения символа относятся следующие: количество и качество жира, натрия (в том числе из сырья и добавок), холестерина (в некоторых группах продуктов), пищевых волокон (в продуктах, богатых пищевыми волокнами и относящихся к группе хлеба и зерновых продуктов, может использоваться символ сердца плюс символ пищевых волокон). Все это также составляет спектр основных проблем, связанных с питанием, о которых в Финляндии известно в настоящее время.

Право использовать символ сердца присуждается по заявкам фирм-производителей группой профессионалов, кандидатуры которых выдвигаются организациями и которые осуществляют руководство системой. Право дается на определенный период. За право использовать символ нужно платить, но система не рассчитана на получение прибылей. Собираемая за использование символа плата идет на обеспечение функционирования системы. На данный момент (24 марта 2003 г.) право использовать символ получили 149 наименований продуктов (20 фирм).

Организации, ответственные за данную систему, вкладывают немалые деньги в то, чтобы “Символ сердца” стал известен населению. Опубликованы брошюры, рассчитанные на различные целевые группы, такие как потребители, работники сектора здравоохранения и торговых предприятий. Система располагает своей веб-страницей (www.sydanmerkki.fi), на которой можно получить дополнительную и обновленную информацию. Осенью 2000 г. была начата кампания по информированию потребителей. После этого “Символ сердца” стал известен потребителям благодаря рекламе на телевидении, по радио и в журналах (в том числе в собственных журналах сектора розничной торговли), он появился на тележках в магазинах и на стендах “Символ сердца” во время выставок и других мероприятий. В ноябре 2002 года ФАС провела исследование (силами компании Finnish Gallup) с тем, чтобы выяснить, узнают ли потребители символ и оказывает ли он воздействие на намерение купить товар. По данным исследования, 42% взрослого населения узнают символ, а каждый четвертый человек сообщил, что символ, по крайней мере время от времени, влияет на его покупки.

Лицо для контактов: Финская ассоциация сердца, заведующий отделом развития и укрепления здоровья Mika Pyykkö, тел. +358 9 752 752 29, эл. почта: mika.pyykko@sydanliitto.fi и ответственная за планирование проектов Erica Mäkipää, тел. +358 9 752 752 60, эл. почта: erica.makipaa@sydanliitto.fi

8. Школьная программа по физкультуре для профилактики дегенеративных заболеваний позвоночника, Венгрия

Программа профилактики Венгерского общества лечения позвоночника была начата в 1995 году и финансируется министерством здравоохранения. Она стала частью Национальной программы общественного здравоохранения Йогана Бела, а также Десятилетия ВОЗ по профилактике и лечению костей и суставов.

К истории вопроса: во многих странах 60–80–90 % школьников имеют плохую осанку, что является фактором предрасположения к ранней дископатии шейного и поясничного отделов позвоночника. Дегенеративные заболевания позвоночника являются одной из ведущих причин временной нетрудоспособности, особенно среди рабочих в возрасте 25–40 лет. Первичная профилактика должна начинаться в школе.

Задача: 1) ежедневная физическая активность для школьников и 2) специальные упражнения в рамках регулярных уроков физкультуры для всех детей в течение нескольких лет.

Обоснование: 1) Осанка представляет собой автоматизм, который может модифицироваться привычками. Для правильной осанки необходимо правильное равновесие (правильная сила и гибкость) постуральных мышц. 2) Слишком долгое пребывание в сидячем положении: мышечное равновесие исчезает, постуральные мышцы укорачиваются и/или ослабевают, использование позвоночника становится биомеханически неправильным.

Решение: 1) Растяжение и укрепление постуральных мышц регулярно в течение нескольких лет для всех школьников и 2) специальные упражнения для коррекции осанки, которым детей должны обучать учителя физкультуры.

Результат: 1) Правильное равновесие постуральных мышц, правильная осанка как автоматизм; 2) биомеханически правильное использование позвоночника; 3) один из элементов профилактики дископатии.

Метод работы в программе профилактики Венгерского общества лечения позвоночника: Программой профилактики предусматривается обучение учителей физкультуры тому, как они должны вводить в уроки физкультуры для всех школьников специальные упражнения по коррекции осанки. К марту 2003 г. 5178 учителей физкультуры из 3093 школ и детских садов изучили материалы по профилактическим упражнениям, все они получили материалы в виде книги и видеокассет. 975 учителей прислали в координационный центр программы профилактики 49 113 тестов мускулатуры, проведенных у 31705 детей. Результаты этих тестов мускулатуры показывают, что всего 12% детей, проходивших тестирование, имеют правильное мышечное равновесие, а у всех остальных постуральные мышцы укорочены и/или ослаблены. Министерство здравоохранения, социальных дел и по делам семьи, министерство по делам детей, молодежи и спорта и министерство образования поддерживают эту программу профилактики с 1995 г.

Данные о воздействии на здоровье: в 2001/2002 гг. в г. Бекесшаба (Венгрия) было проведено прогнозное исследование в контролируемых условиях, в котором приняли участие 200 школьников в показательной группе и 213 школьников в контрольной группе в возрасте 6–14 лет. В показательной группе было отмечено весьма значительное улучшение постуральных мышц, тогда как постуральные мышцы у детей в контрольной группе не изменились или весьма значительно ухудшились. Оценка проводилась с помощью t-критериев Стьюдента и непараметрических критериев.

Источники информации:

- www.gerinces.hu (на венгерском языке): веб-сайт программы профилактики Венгерского общества лечения позвоночника
- Программа национального здравоохранения Йогана Бела: www.eszcsm.hu (веб-сайт Министерства здравоохранения, социальных дел и по делам семьи).
- physioth@axelero.hu : адрес электронной почты Венгерской ассоциации физиотерапевтов – здесь можно получить информацию о курсах по профилактическим материалам для уроков физкультуры.
- Европейский конгресс по профилактике болезней методами физиотерапии, Вена, 27–30 ноября 2002 г.: пленарный доклад.
- 14-й международный конгресс Всемирной конфедерации физической терапии, Барселона, 7–12 июня 2003 г.: два пленарных доклада.
- Венгерский журнал здравоохранения (3) 1999, 23-27. – Реферат на английском языке.
- Clinical Neuroscience 1998; 51 (9-10):293-303 – Реферат на английском языке.

Лицо для контактов: д-р Аннамария Шомхедьи, д.м.н., Министерство здравоохранения, социальных дел и по делам семьи, Будапешт, Венгрия.

9. Компакт-диск "Накладывай и ешь!" в средних школах, Северная Ирландия, Соединенное Королевство.

Центр Северной Ирландии по вопросам рациона питания и здоровья (ЦСИПЗ), Университет Ольстера. Продолжительность исследования: с мая 2000 г. по сентябрь 2002 г.

Цель: Целью проекта была разработка, создание и оценка интерактивного компакт-диска на основе эффективных, позитивных и соответствующих особенностям каждой личности моделей изменения поведения относительно потребления пищевых продуктов у 12-летних детей на всей территории Соединенного Королевства.

Методы: Создание и оценка компакт-диска проводились в пять этапов: сбор исходного справочно-информационного материала; разработка и апробация раскадровки и вариантов проекта компакт-диска; экспериментальные испытания опытного образца компакт-диска; внесение изменений в компакт-диск на основе результатов экспериментального испытания и, наконец, оценка эффективности компакт-диска в школьных условиях. Каждый этап выполнялся в тесном взаимодействии с директорами школ, учителями и учащимися с использованием групповых обсуждений в целевой аудитории (учащиеся), структурированных интервью (директора школ и учителя) и вопросников (учащиеся и родители). Всего в одном или более этапов данного исследования приняли участие 27 различных школ по всему Соединенному Королевству. Эти школы представляли весь спектр демографических (сельских/городских), социально-экономических и этнических условий и уровней способности к учению.

"*Накладывай и ешь!*" представляет собой интерактивное средство, которое увязано с государственной программой обучения Соединенного Королевства и дает молодым людям целый набор информации, связанной с питанием и пищевыми продуктами. Оно охватывает широкий круг вопросов, включая представление о теле, дает молодым людям возможность оценить виртуальный рацион питания (т.е. продукты, выбранные в ходе интерактивной программы), а также дневник фактического потребления пищи с помощью "балансатрона", основанного на "*Балансе крепкого здоровья*" (графического представления рекомендуемых соотношений пищевых продуктов в рационе питания).

Политика/инициатива: Имеющиеся фактические данные показывают, что:

- Сложившиеся в детстве типы пищевого поведения изменить трудно.
- Ключевым определяющим фактором в вероятном успехе программ обучения гигиене питания является акцент на поведении, а не на знаниях.
- Интерактивные комплексы носителей информации обладают громадным потенциалом как средство реализации вмешательств в форме обучения гигиене питания.

Главная цель обучения гигиене питания в рамках школьной программы должна заключаться в том, чтобы помочь учащимся выработать для себя такие типы пищевого поведения, которые способствуют укреплению здоровья и снижают риск заболеваний, связанных с рационом питания в зрелом возрасте. Подростковый возраст – это время, когда человек особенно уязвим в пищевом отношении. В краткосрочном плане характерные структуры питания подростков могут приводить к низким уровням незаменимых пищевых веществ и к высоким уровням потребления жира, сахара и соли. В долгосрочном плане некоторые физиологические процессы, ведущие к хроническим заболеваниям, связанным с рационом питания в зрелом возрасте, уходят корнями в рацион питания в детстве.

Формат компакт-диска: Компакт-диск содержит игры и викторины, рассчитанные на то, чтобы заинтересовать молодых людей и побудить их к более здоровому питанию. Центральной концепцией программы "*Накладывай и ешь!*" является "виртуальный"

школьный день в жизни 12-летнего ребенка. Этот "виртуальный" день построен таким образом, чтобы создавать касающиеся конкретной личности ситуации, окружение и дилеммы, с которыми сталкиваются 12-летние дети в отношении пищевых продуктов, и дает информацию по вопросам питания.

Главная тема программы "*Накладывай и ешь!*" – достижение здорового сбалансированного рациона питания: она охватывает широкий круг *вопросов* и *тем. Вопросы* – это самостоятельные части типичного школьного дня; к ним относятся завтрак, легкие закуски, время обеда в школе и "пища быстрого приготовления" в обстановке социального общения. Детям также предоставляются возможности для самоконтроля и анализа своего потребления пищи, а также для постановки целей для себя.

Темы проходят через всю программу "*Накладывай и ешь!*" и включают важность наслаждения от пищи/еды; сбалансированность и разнообразие; самооценку; представление о теле; влияние сверстников; влияние средств массовой информации; физическую активность; мотивацию к хорошему питанию; преодоление препятствий на пути выбора сбалансированного рациона питания и неправильные представления о пище или определенных рационах питания. Сам "виртуальный" день разбит на шесть эпизодов. По мере прохождения через каждый эпизод пользователь посещает ряд мест, которые организованы вокруг типичного школьного дня. Каждое место содержит ряд интерактивных элементов.

Оценка: Эффективность программы "*Накладывай и ешь!*", которая проявляется в способности программы вызвать поддающиеся измерению изменения в знаниях, взглядах и поведении целевой группы в вопросах питания, оценивалась до и после вмешательства в 11 школах по всему Соединенному Королевству.

В каждой школе было отобрано два класса 12-летних детей. Один класс выступал в качестве группы *вмешательства*, а второй в качестве *контрольной* группы (т.е. они не занимались с программой "*Накладывай и ешь!*") в течение трех недель примерно по 1 часу в неделю. Группа вмешательства пользовалась программой "*Накладывай и ешь!*" в соответствии с комплексными планами уроков, выданными учителям и школьникам.

Анализ вопросников, заполненных до и после вмешательства, показал значительное улучшение в знаниях по вопросам питания, но никаких изменений в субъективном отношении к питанию в группе вмешательства по сравнению с контрольной группой не показал. Были признаки того, что дети в группе вмешательства изменили свое поведение по отношению к конфетам и хрустящему картофелю (уменьшили потребление) и к фруктам (увеличили потребление).

Однако, основываясь на этой оценке краткосрочных воздействий, никаких определенных выводов об общей эффективности программы "*Накладывай и ешь!*" сделать нельзя. Важно будет проводить регулярные оценочные исследования, чтобы полностью документально зафиксировать более долгосрочные последствия и успехи применения этого учебного пособия.

Учителям основного 3 этапа (в Шотландии P7 – S2) это пособие будет полезным в широком спектре разделов учебной программы, таких, как технология пищевых продуктов, домоводство, личная и социальная гигиена, естественные науки и информатика. Управление стандартизации пищевых продуктов предоставило бесплатно три экземпляра компакт-диска всем средним школам на всей территории

Соединенного Королевства. Поскольку Управление стандартизации дает возможность учителям свободно копировать компакт-диск "*Накладывай и ешь!*", его также могут использовать дети у себя дома, и оно будет идеальным для кружков внеклассной работы.

Краткое изложение содержания диска можно прочесть на веб-сайте Управления: http://www.food.gov.uk/science/research/NutritionResearch/n09programme/n09projectlist/n09012/

Лицо для контактов: Jenny Woolfe, Управление стандартизации пищевых продуктов, комната 808C, Aviation House, Kingsway, London WC2B 6NH, тел.: +44 (0)20 7276 8914 или электронная почта: jenny.woolfe@foodstandards.gsi.gov.uk, Web http://www.food.gov.uk/

10. "Здоров и годен к достижению успеха", Эксетер, Англия, Соединенное Королевство

К истории вопроса. Цели и задачи. Целевая группа: данный экспериментальный проект возник как реакция на стремление учителей вызвать интерес у безразличных ко всему учеников к реализации своих возможностей в учебе и на их тревогу по поводу новых и новых признаков укоренения среди детей "диванного образа жизни". Цель проекта – способствовать повышению уровня физической активности и успеваемости в школах. Координацию и контроль за выполнением проекта осуществляет отдел санитарного просвещения в школах.

После того, как программой Barnardos/Glaxo SmithKline "Здоров и годен" ('Right Fit'), которая уже закончилась, было выделено 33 000 фунтов стерлингов, проект был расширен на все государственные средние школы в Эксетере и им было охвачено более 10 тысяч учащихся в возрасте от 8 до 15 лет. Теперь в соседнем городе Тайвертон начат проект проведения воспитательной работы.

Описание инициативы, включая процесс, методику, участвующих партнеров и секторов: экспериментальный проект включал в себя следующие элементы:

Возможность для учащихся бесплатно посещать тренировки: учащимся предлагается посетить бесплатно пять тренировок в клубах или оздоровительных заведениях по своему выбору. Для того чтобы привлечь родителей и учителей, им предлагаются скидки при посещении оздоровительных заведений.

Учетная карточка для начисления баллов для получения свидетельства: При осуществлении программы учащимся была предоставлена информация о том, где они могут пройти пять бесплатных тренировок в оздоровительных заведениях и спортивных клубах в Эксетере и его окрестностях. Платные и бесплатные тренировки отмечались в "Учетной карточке здоровья и годности". После посещения двадцать тренировок, отмеченных в карточке, детям выдавалось свидетельство об успехах в физической активности.

Материалы для классной работы: каждый участвующий в проекте класс получил набор материалов, в который входил комплект информационных материалов для каждого учащегося о пользе регулярных физических упражнений. Каждый учитель сам определял, как лучше всего преподнести эту информацию своему классу.

Вопросник для контроля: для сбора исходной информации о нынешнем уровне занятий физическими упражнениями был разработан вопросник. В нем также содержались вопросы для сбора данных о том, как учащиеся сами оценивают собственную физическую форму и удовольствие, получаемое ими от школьных уроков физкультуры, об их восприятии того, насколько взрослые, играющие важную роль в их жизни (например, отец или учитель), получают удовольствие от своего физически активного образа жизни. Учащимся предлагалось указать, какими видами физических упражнений им хотелось бы заниматься больше, если бы у них была для этого возможность, чтобы мы могли выявить некоторые из ныне существующих факторов, мешающих детям заниматься физическими упражнениями, и определить, как мы можем лучше всего помочь им вести более активный образ жизни.

Экспериментальный проект в семи школах начался с анкетирования 1400 учащихся 5–7 классов (в возрасте от 8 до 12 лет). Анкетирование затем было проведено повторно через 6 и 12 месяцев, чтобы можно было проконтролировать изменения. Контрольный вопросник используется в настоящее время регулярно для того, чтобы давать информацию координаторам спортивной работы в школах графства Девон, которые работают в 77 начальных школах этого графства.

Информационный бюллетень и набор методических инструментов: школам предоставляются информационные бюллетени, благодаря которым они получают информацию о проекте, об основных лицах для контакта, о новых спортивных сооружениях и заведениях, о результатах анкетирования и о новых идеях о том, как заставить детей больше двигаться. Кроме того, в настоящее время создается набор методических инструментов, который в конце апреля будет размещен на веб-сайте Отдела санитарного просвещения в школах.

Участники проекта: участниками проекта являются школы Эксетера, Академический совет Эксетера, городской совет Эксетера, Службы учебных программ графства Девон, отдел санитарного просвещения в школах, руководство компании DC Leisure. Дополнительные средства были предоставлены фирмами Barnardo’s и Glaxo SmithKline через их программу “Здоров и годен”, которая в настоящее время завершена.

К числу выгод, полученных участвующими в программе партнерами, относятся следующие: заинтересованность учителей в привлечении детей к посещению клубов и в приобщении детей к занятиям физкультурой; школы готовы изучать возможную связь между активным телом и активным мышлением; дети демонстрируют интерес к разнообразным физическим упражнениям; компания DC Leisure располагает спортивно-оздоровительными объектами и привлекает к ним больше детей; проект достиг цели программы присуждения премий “Здоров и годен”, которая заключается в укреплении здоровья молодежи.

Оценка: отдел санитарного просвещения в школах контролировал действенность проекта с помощью контрольного вопросника, в который входили пункты, касающиеся физической активности, отношения к физическим упражнениям и физической форме, участия в работе клубов, отношения членов семьи. Для сходных вопросов Отдел санитарного просвещения в школах также использует свои более обширные банки данных, созданные на базе его вопросников “Поведение, связанное со здоровьем”, чтобы определить, как выглядят данные по Эксетеру в сравнении с более широкой картиной. В анализе также учитывается новый проект, начинающийся в

Тайвертоне. Результаты проекта были представлены на конференциях программы "Здоров и годен" в декабре 2001 г. и на собственных конференциях по распространению опыта местных проектов, проведенных в феврале 2003 г.

На последней конференции было показано, как важна была работа по сбору данных для информирования группы по развитию спорта в Совете графства Эксетер при планировании и оказании поддержки молодежи в городе. Детьми в вопросниках было отмечено внедрение в городе бейсбола как вида спорта, для которого ранее не было условий. Команда Эксетера, которая была создана в результате этой инициативы, вот уже два года подряд является чемпионом страны.

Есть ли данные, подтверждающие последствия проекта для здоровье, и если есть, то какие? Результаты экспериментального проекта подтвердили повышение уровня участия в занятиях физическими упражнениями в охваченных проектом школах по сравнению с контрольными школами. Кроме того, имеются убедительные данные, позволяющие предположить, что проект может оказывать положительное влияние на участие молодежи в занятиях физическими упражнениями и что имеется положительная связь между участием молодых людей в занятиях физическими упражнениями и успеваемостью в школе.

В ответ на сообщение школ о том, что они отмечают разницу в уровнях концентрации внимания у учащихся с тех пор, как у них появилось больше доступа к воде в школе, в последнюю версию вопросника был включен новый вопрос о воде. Эти результаты нуждаются в более подробном изучении, однако первые данные показывают, что существует связь между потреблением воды и наслаждением, получаемым от физической активности.

Лицо для контактов: Angela Balding, отдел санитарного просвещения в школах, Renslade House, Bonhay Road, Exeter, Devon EX4 3AY
тел.: (01392) 66 72 72, факс: (01392) 66 72 69, эл. почта: sheu@org.uk, Web: www.sheu.org.uk
Полный отчет о программе "Здоров и годен": www.sheu.org.uk/fts/report2a.htm
[аналогичные результаты исследования в штате Калифорния: www.cde.ca.gov/news/releases2002/rel37.asp]

11. Спортивный колледж Райта Робинсона – "Исследовательский проект нового тысячелетия, 1998-2005 гг.", Манчестер, Англия, Соединенное Королевство

Спортивный колледж Райта Робинсона (СКРР) финансирует Исследовательский проект нового тысячелетия (ИПНТ) с 1998 года и теперь продлил финансирование до 2005 г. совместно с университетом Манчестера. Проект имеет целью оказание поддержки в достижении стратегической цели колледжа – повышение уровня и расширение участия учащихся школ, входящих в систему СКРР, в занятиях физкультурой и спортом.

Цель: первоначальная цель проекта состояла в расширении участия учащихся 7 классов (350 человек) в занятиях физическими упражнениями и повышении уровня физической активности среди девочек-подростков.

Методы: Исходные данные собирались на основании самооценки, индекса массы тела и профилей физической активности. Фактические данные о влиянии проекта

собирались с помощью анкетирования учащихся, бесед сотрудника проекта с целевой группой и учетных/статистических документов, которые ведутся персоналом.

Описание: Данные позволили выделить несколько факторов, влияющих на уровни активности девочек. К ним относятся неподходящая экипировка для занятий физкультурой, традиционные командные игры и отсутствие физических навыков. В порядке реагирования на выявленные факторы колледж изменил экипировку девочек для занятий физкультурой, предложены разнообразные физические занятия несостязательного типа. Кроме того, колледжем введена переходная учебная программа.

Переходная учебная программа была разработана с целью расширения охвата учащихся и предоставления учащимся возможности испытать положительные первые впечатления от уроков физкультуры; ее выполнение предусматривается в период с сентября по январь для всех переходящих в 7 класс детей. Расширение охвата включает в себя участие, посещаемость и доступность учебной программы для всех учащихся. Под доступностью имеется в виду выработка у учащихся элементарных общих навыков (с особым упором на ловкость движения), которые могут воспроизводиться в широком спектре занятий.

В 2001–2002 гг. колледж продолжал внедрение основополагающих принципов, на которых строится переходная учебная программа. К ним относятся смешанный по полу состав учебных групп; составление групп учащихся из сверстников; постоянный учитель, ведущий занятия в одной и той же группе по различным дисциплинам физической активности (когда это возможно, это должен быть тот же учитель, который работал с данной группой на основных этапах 1 и 2).

Принимается специальная методика преподавания, которой учителя обучаются в рамках программы партнерства в системе образования Манчестера. Уроки ведутся по одинаковой схеме, причем главный упор делается на выработке у учащихся элементарных общих навыков. Оценка дается по выполнению основных упражнений, разработанных на базе Национальных методических указаний по составлению учебных программ. Однако повсеместно признается, что целью переходной учебной программы является не повышение показателей физической подготовки учащихся за пять месяцев, а содействие привлечению их к занятиям путем повышения самооценки, улучшения посещаемости и участия в уроках. Также имеется согласие и в том, что переходная программа может облегчать повышение показателей физической подготовки, которое достигается за более длительный период, т.е. в течение всего основного этапа.

В настоящее время проект распространен на начальные школы Восточного района Манчестера через “Сеть общин учащихся”. Намерение состоит в том, чтобы повысить уровень физической подготовки в начальных школах путем повышения самооценки и улучшения посещаемости, расширить участие родителей в образовании своих детей и вселить в учащихся уверенность в необходимости уделять больше сил и времени своему образованию.

Оценка: Фактические данные, подтверждающие положительное влияние нововведения в виде переходной учебной программы на повышение общего уровня физической подготовки, были представлены Департаменту образования, DCMS, отделу инноваций в повышении спортивных достижений, Комиссии по развитию молодежного спорта и Комиссии технических колледжей. Они также были размещены на сайте Королевской

ассоциации колледжей www.qca.org.uk/ca/subjects/pe. Они подтверждают наличие несомненной связи между:

- участием в занятиях физкультурой и академической успеваемостью;
- влияние активного здорового образа жизни на учебу и физическое развитие молодого человека;
- повышение уровня физической активности помогает максимально реализовать интеллектуальный потенциал.

Данные, подтверждающие влияние на здоровье: Проект уже начал давать колледжу и педагогам информацию об учащихся в период вступления в подростковый возраст и последующего развития. На сегодняшний день данные показывают, что участие в занятиях физкультурой позволяет молодым людям значительно повысить свой физический уровень, уверенность в себе и самооценку. В целом физически активные учащиеся, как правило, чувствуют большую удовлетворенность собой и достигают более высокой успеваемости. Например, девочки получают оценки на целый балл выше по всем предметам серии SATS на основном 3 этапе, а мальчики – на полбалла выше.

Переходная учебная программа за три года позволила повысить уровень участия в занятиях физкультурой среди учащихся 7 классов с 50% до 78% и выше (среди девочек). Кроме того, есть данные о том, что у большинства физически активных подростков в 9 классе выше уровень самооценки, у них здоровый индекс массы тела и выше оценки по английскому языку, математике и естествознанию.

Лицо для контактов: Джиллиан Лиггетт, сотрудник “Проекта тысячелетия”, сопредседатель Сети сообществ учащихся, университет Манчестера, Alsager Campus, Hassall Road, Alsager, Stoke on Trent, ST7 2HL. Электронная почта: gillianliggett@tiscali.co.uk

12. Физическая активность и люди пожилого возраста, район Восточного совета по здравоохранению, Северная Ирландия, Соединенное Королевство

Восточная координационная группа по физической активности представляет собой группу, объединяющую многие учреждения на территории района Восточного совета по здравоохранению и социальным услугам, главной целью которой является повышение оздоровительной физической активности, особенно среди лиц, наименее всех занимающихся физическими упражнениями. Членами этой группы являются представители Восточного совета по здравоохранению и социальным услугам, советов по образованию и библиотечному делу Белфаста и Юго-Восточного района, муниципальных советов, пяти групп/форумов физической активности, Форума по укреплению здоровья Восточного района, департамента регионального развития, Совета по играм, Ассоциации болезней сердца и инсульта и местных попечительских советов по здравоохранению и социальным услугам. Членом-корреспондентом группы является совет по спорту Северной Ирландии.

В декабре 2000 г. эта группа провела проверку того, как обеспечивается физическая активность в учреждениях здравоохранения и социальных услуг, в домах престарелых и центрах по сестринскому уходу за лицами пожилого возраста на территории Восточного совета по здравоохранению и социальным услугам. Было установлено, что для того, чтобы увеличить число людей, участвующих в ежедневных программах

физической активности, важнейшее значение будет иметь подготовка кадров, обеспечение ресурсами и инициативы по их поддержке.

Для того чтобы инициировать процесс удовлетворения этих потребностей, Восточная координационная группа по физической активности пришла к общему мнению о том, что нужно сосредоточить основные усилия на проведении семинара для лиц пожилого возраста, живущих в домах престарелых и сестринского ухода за лицами пожилого возраста и в социальном жилье. В октябре 2001 г. такой семинар был проведен. На нем были представлены фактические данные о том, какую пользу дает физическая активность пожилым людям.

Семинар позволил повысить уровень осведомленности, изучить потребности заведений социального попечения и получить из первых рук опыт осуществления программ физической активности. Для обеспечения семинара была разработана новая учебная программа, в которую входили следующие элементы:

"Активизировать": модуль физической активности "Activate 50+" предназначается для людей в возрасте 50 лет и старше (50+), в принципе здоровых и имеющих средний уровень физической формы. Он не рассчитан на слабых здоровьем стариков. Цель модуля – дать достаточную информацию и выработать у людей достаточный опыт, чтобы каждый участник курса мог изменить сложившийся образ жизни и благодаря этому иметь больше возможности радоваться жизни.

Тренировка подвижности: в этой учебной программе ("Движение под музыку") ставится цель дать участникам знания и навыки для выполнения безопасных и полноценных упражнений на своем рабочем месте. Содержание программы:
1) элементарные знания механических аспектов анатомии и движения; 2) безопасные упражнения на растяжение; 3) как улучшить кровообращение и создать мотивацию у людей, прикованных к стулу и имеющих ограниченную подвижность.

Ходьба для пользы здоровья: Ходьба является важным элементом в программах, осуществляемых на уровне местной общины и нацеленных на городские и сельские населенные пункты на территории Восточного совета по здравоохранению и социальным услугам. Посредством специальных программ для лиц пожилого возраста она вносит прямой и положительный вклад в образ жизни людей, живущих в этих населенных пунктах, благодаря своей немалой, но пока еще в значительной степени невостребованной пользе для здоровья. Каждая местная программа предусматривает систему коротких прогулок с провожатым, информацию для самопомощи для поощрения самостоятельной ходьбы, возможности для привлечения добровольцев-общественников и для установления связей с другими службами и сетями поддержки, работающими в сфере оздоровления.

В следующем году будет проведена оценка эффективности перечисленных выше программ, но уже очевидно, что нужна дополнительная работа по профилактике падений. Был разработан "План действий по профилактике падений", который в настоящее время осуществляется районом Восточного совета. Эта инициатива была предпринята совместно группой по физической активности графств Даун и Лисберн и Институтом Восточного Дауна. Она предусматривает проведение четырехдневного курса, включающего в себя программу обучения персонала, имеющего опыт ухода за лицами пожилого возраста с наиболее слабым здоровьем – "Физические упражнения для профилактики и преодоления последствий падений". Этот учебный курс вначале был опробован экспериментально, что позволило выявить потребности для двух

уровней – NVQ второго уровня, на котором главное внимание будет уделяться практическим занятиям по выполнению упражнений на стуле, и NVQ третьего уровня, который будет представлять собой программу более динамичных упражнений. Каждый блок будет содержать пять основных направлений: 1) сила и подвижность; 2) визуальный скрининг; 3) уход за ногами и обувь; 4) ведение медикаментозного лечения; 5) изменения в окружающей среде.

Этот учебный курс будет проводиться Институтом Восточного Дауна при поддержке местных физиотерапевтов. Окончательный вариант учебного модуля будет написан и аккредитован в мае 2003 г., а занятия начнутся в сентябре 2003 г.

Лицо для контактов: Ким Кенсетт, координатор по стратегии в области физической активности Восточного района, Северная Ирландия, эл. почта: k.kensit@ehssb.n-i.nhs.uk

13. Молодежь: как сделать перерывы интересными и активными с помощью разметки игровых площадок, Северная Ирландия, Соединенное Королевство, Восточная группа по координации физической активности

Цель: дать школам информацию, необходимую им для планировки и разметки своих игровых площадок.

Задачи: изучить и разработать программу мобилизации ресурсов и обучения, направленную на то, чтобы 1) содействовать активному использованию детьми школьной игровой площадки и получению детьми удовольствия от этого; 2) стимулировать детей к творческому использованию окружающей их среды; 3) повысить степень участия в активных играх и игре на переменах; 4) стимулировать позитивное социальное поведение, взаимодействие и сотрудничество между детьми; 5) уменьшить хулиганство в школе; 6) обеспечить нужные занятия и возможности, соответствующие первичной возрастной группе, для отдельных детей и групп; 7) оказать влияние на будущее поведение молодых людей таким образом, чтобы у них на всю жизнь сложилась привычка к физической активности.

Целевая группа: неспециалист, желающий организовать для детей на основных этапах 1 и 2 интересные физические занятия.

Описание проекта: Проект был разработан координатором по стратегии в области физической активности Восточного района вместе с помощником консультанта по физкультуре и санитарному просвещению Элисон Вэнс, чтобы максимально использовать возможности, предоставляемые школьными игровыми площадками.

Состоящая из представителей многих учреждений Восточная координационная группа по физической активности служила механизмом поддержки координатора и финансировала издание материалов.

В Восточной координационной группе были представлены следующие организации: Совет округа Ардз, городской совет Белфаста, Совет по образованию и библиотекам Белфаста; Совет округа Каслрей, Ассоциация сердечных болезней и инсульта; Фонд Дауна Лисберна; районный совет Дауна, Восточный совет по здравоохранению и социальному обслуживанию; Совет округа Лисберн, Фонд Северного и Западного

Белфаста; Фонд Южного и Восточного Белфаста, Юго-восточный совет по образованию и библиотекам и Ольстерский фонд местных общин и больниц.

Основные выводы о проекте: Данный проект знакомит детей с новыми идеями и разнообразными занятиями и играми при соответствующей разметке игровой площадки во время школьных перемен, чтобы дать им стимул и необходимые сооружения для физической активности. В результате это позволит детям быть самими собой и играть “по-настоящему” при минимальном надзоре со стороны взрослых, даст им возможность быть активными дома в свободное время, что приведет к оптимизации физической формы, нынешнего состояния здоровья и благополучия.

Для того чтобы дать наибольший эффект, игры на игровой площадке должны быть делом всей школы. Поддержка и ведущая роль должна исходить от директора, руководящего состава школы, всех учителей, воспитателей и учеников.

Будущие действия: Юго-восточный совет по образованию и библиотекам и Совет Белфаста по образованию и библиотекам определили по две школы в районе, подведомственном каждому из них, для проведения экспериментальных проектов с целью контроля и оценки того, как используются разметки игровых площадок. Обучение учителей и воспитателей начальных классов по программе “Активность в школе” начнется в мае 2003 г. Это обучение поможет учителям и воспитателям максимально использовать имеющиеся ресурсы, например, разметки игровой площадки и игры, скакалки, программу определения лучших по играм.

Лицо для контактов: Ким Кенсетт, координатор по стратегии в области физической активности. Эл. почта: kkensit@ehssb.n-i.nhs.uk

14. Программа "Клуб завтрака в школе", Белфаст, Северная Ирландия, Соединенное Королевство

Цель: способствовать здоровому питанию путем создания “Клубов завтрака” в семи экспериментальных школах в Белфастской зоне действий по укреплению здоровья.

Задачи: 1) поддержать и создать в экспериментальных школах систему обеспечения детей школьными завтраками; 2) способствовать развитию и благополучию учащихся, участвующих в инициативе “Общины в школах”; 3) способствовать согласованным совместным действиям различных ведомств на основе принципа активной комплексной службы для улучшения качества школьной жизни; 4) развивать и укреплять рабочие связи, позволяющие на основе целостного подхода обеспечить максимальный эффект в работе школ; 5) совместно со службами, непосредственно занимающимися школьным питанием в системе Совета Белфаста по образованию и библиотекам, создать типовую схему, которая сможет служить образцом передовой организации питания для внедрения в более широкую школьную систему.

Целевая группа населения: дети после начальных классов в школах, расположенных в наиболее неблагоприятных в социальном отношении районах Северного и Западного Белфаста.

Описание проекта: Совет Белфаста по образованию и библиотекам обеспечивал детям в школе завтрак, состоящий из фруктового сока, здорового зернового продукта, яичницы, бобов, чая и гренки. Меню разрабатывалось при участии диетологов и

стоматологов. Стоимость завтрака, который обходится детям в 30 пенсов в день, субсидировалась “Организацией возрождения Белфаста”.

Оценка: Учащиеся, посещающие клуб завтрака, самостоятельно заполняли вопросник. Аналогичный вопросник также заполняли учителя и работники службы питания. Сбор и обобщение данных организовывал отдел политики и научных исследований департамента социального развития. Постоянно проводится оценка, чтобы можно было определить, как данный проект будет влиять на выборку детей в школах, участвующих в проекте. Эту оценку осуществляет Управление Северной Ирландии по статистике и исследованиям, для чего проводятся опросы с использованием компьютеров.

Основные результаты первоначальной программы после первого года:

- 68 % детей, посещающих “Клуб завтрака”, иначе не получали бы завтрака в дни учебы в школе.
- 60 % детей указали, что после завтрака они стали меньше перекусывать “на ходу”.
- 97 % детей указали, что они после завтрака стали лучше себя чувствовать.

Было выявлено много положительных результатов, в том числе ощущение детьми того, что о них заботятся и что они являются полноправными членами школьного коллектива. Учителя, осуществляющие надзор в клубах завтрака, используют это как возможность для улучшения своих рабочих отношений с детьми. Участвующие в этой работе люди проявляют исключительно добросовестное отношение к делу.

Придание здоровым вариантам большей привлекательности наталкивается на многочисленные трудности, когда речь заходит о рекламировании в средствах массовой информации. В целях преодоления этих трудностей отдел школьного питания Совета Белфаста по образованию и библиотекам проводит работу с Советом здравоохранения и социального обслуживания Северного и Западного Белфаста. При поддержке педагогов отдел школьного питания достиг значительных успехов в некоторых школах. Настоящий проект способствовал выработке единого понимания имеющихся проблем и разработке будущей стратегии его реализации.

Лицо для контактов: Кристофер Стюарт, магистр медицинских наук, старший специалист по стоматологии, Совет здравоохранения и социального обслуживания Северного и Западного Белфаста, отдел стоматологии, Cupar Street Clinic, 91 Cupar Street, Belfast BT13 2LG, Northern Ireland
Эл. почта: Borghild.Breistein@nwb.n-i.nhs.uk

Дополнительная информация:

a) North and West Belfast Health and Social Services Trust School Screening data. Eastern Health and Social Services Board, Belfast.

b) Mid term review of Northern Ireland Oral Health Strategy www.dhsspni.gov.uk/pgroups/dental

c) KINIRONS M.J. & STEWART C. Adolescents' knowledge of common foods and drinks and the importance of the pattern of consumption: a study undertaken in an area of high dental needs. *Community Dental Health,* **15**: 175-178 (1998).

d) FREEMAN R. ET AL. The Dental Health Status of 5 year-old children in North and West Belfast, *Community Dental Health*. **14**(4): 253-7 (1997).

15. Женщины в спорте и физической активности, Белфаст, Северная Ирландия, Соединенное Королевство

Введение: После обследования здоровья в округе Большой Шэнкилл (1994 г.) была создана подгруппа по вопросам здоровья, в задачу которой входило решение широкого круга вопросов, выявленных в ходе обследования. После этого в 1997 г. собрались представители местного населения и властей округа Большой Шэнкилл и сформировали группу "Женщины в спорте и физической активности" (WISPA). Эта группа представляет собой межведомственное объединение местной общины, созданное для решения проблем женского здоровья в районе Большого Шэнкилла. Группа WISPA помогает женщинам получать всю нужную информацию и иметь возможность доступа к физической активности по своему выбору.

В результате нескольких обследований, проведенных группой WISPA, было установлено, что женщины считают, что есть препятствия, мешающие им заниматься спортом и физкультурой, такие как уход за детьми, транспорт, стоимость и апатия.

В течение последних нескольких лет WISPA осуществила много мероприятий в различных центрах в Большом Шэнкилле, таких, как ежегодный турнир женских команд по футболу из пяти человек, занятия по аэробике, занятия по плаванию, занятия тай-чи. WISPA также проводила работу по просвещению и воодушевлению женщин и развитию у них практических навыков для того, чтобы они могли вести более здоровый образ жизни.

Цели и задачи: Группа WISPA ставит перед собой цель поощрять женщин, живущих в районе Большого Шэнкилла и прилегающих к нему районах, к занятиям спортом и улучшению своего здоровья и благополучия. Эта инициативная группа создает для женщин различные возможности высказывать свое мнение и заниматься спортом и различными оздоровительными формами досуга на том уровне, который им более всего подходит. Деятельность WISPA нацелена на женщин, работающих и/или живущих в Шэнкилле. Пользователями и клиентами программы являются женщины района Большого Шэнкилла, причем особое внимание уделяется молодым женщинам, матерям и безработным.

- WISPA стремится помогать женщинам получать всю необходимую информацию и иметь возможность доступа к физической активности по своему выбору.
- WISPA должна играть важную роль в выработке местной политики в отношении физической активности/укрепления здоровья (см. Совет зоны действий по укреплению здоровья, городской совет Белфаста и т.д.).
- Увеличивать число женщин-тренеров (инструкторов) в Северном и Западном Белфасте.
- Увеличить число молодых женщин, участвующих в занятиях физкультурой, путем оказания поддержки более широкому спектру программ физической активности в школе и вне школы.
- Поддерживать женщин из Северного и Западного Белфаста, желающих заниматься физкультурой один раз в неделю.

Как осуществлялся сбор данных: Обследование состояния здоровья в Шэнкилле, проведенное в 1994 г., выявило ряд вопросов, касающихся здоровья женщин. В частности, было выражено беспокойство по поводу распространения курения и употребления алкоголя, недостатка физической нагрузки, проблем психического

здоровья, избыточной массы тела и низкой самооценки. С момента своего создания группа WISPA занималась сбором информации с целью установления потребностей женщин в данном районе, в частности, путем проведения собеседований и анкетирования на мероприятиях, пропагандируемых WISPA, с 1997 г. и по сей день. К числу выявленных потребностей относятся следующие:

- Доступная информация о широком спектре проблем здоровья
- Диапазон уровней физической активности для охвата широкого круга женщин
- Поддержка группы, необходимая для участия в мероприятиях
- Уход за детьми и материальная поддержка для обеспечения возможности участвовать в мероприятиях на первых порах

Описание политики/инициативы (включая процессы, применяемые методы, участвующих партнеров и секторы): WISPA дополняет национальные стратегии в области здравоохранения, нацеливая свою работу на уязвимых людей и группы, применяя метод повышения самодеятельности и инициативности местного населения, который рассчитан на то, чтобы дать людям возможность больше контролировать собственное здоровье и благополучие. В результате того, что "Центр здоровой жизни" финансирует программу укрепления здоровья, программы физической активности и взаимного обучения лицами одинакового статуса позволяют создать возможности для изучения медико-санитарной тематики путем получения информации, морального воодушевления и поддержки. Работа по обучению и развитию навыков позволит повысить результаты просвещения и обучения, что приведет к расширению круга навыков и умений, повышению шансов на трудоустройство и активному участие в жизни общества.

Деятельность WISPA также служит дополнением к:

- Стратегии Северной Ирландии в области физической активности на 1997–2002 гг.
- Региональной стратегии Северной Ирландии в области здравоохранения и социального благополучия на 1997–2002 гг.
- Докладу 1999 г. о превращении задачи развития местных общин в главный вопрос в деятельности служб здравоохранения и социального обеспечения "Видение – в практику"
- Новой политике концентрации усилий на удовлетворении социальных потребностей 1999 г.
- "Приоритетам в действиях" 2003–2004 гг.

Все эти стратегии вырабатывались на основе положений Основных направлений национальной политики в области здравоохранении. Деятельность WISPA непосредственно связана с рядом приоритетов, связанных с намерениями Восточного Совета по здравоохранению и социальному обслуживанию поручить сторонним организациям выполнение ряда услуг, предусматриваемых планом по здравоохранению и личным услугам на 2001–2004 гг., например, таких как физическая активность, питание и укрепление психического здоровья. Принятый подход на основе развития местных общин также удовлетворяет требованиям Совета о предоставлении услуг в области укрепления здоровья на основе взаимодействия между секторами. Направление стратегии Совета в отношении услуг по укреплению здоровья соответствует региональной стратегии в области здравоохранения и социального благополучия на 1997–2002 гг., так как в ней подтверждается цель "содействовать укреплению здоровья в самом широком смысле, включая социальное благополучие" Работа WISPA увязывается с этими целями. Этой работе помогает "Партнерство

Большого Шэнкилла". Являясь местным комитетом, оно состоит из представителей местного населения, общественных организаций и органов власти.

Как осуществлялась политика/инициатива: WISPA с 1997 по 2002 гг. работает в условиях ограниченного бюджета. Однако была направлена заявка на получение средств в Фонд новых возможностей, которая оказалась успешной, и были получены деньги через программу финансирования Центра здоровой жизни. Поэтому работа будет продолжаться и развиваться на основе подхода, предполагающего включение многих секторов, который будет реализовываться через плановые мероприятия и программы обучения, в которых будут подразумеваться и аспекты укрепления здоровья и работа с женщинами всех возрастов в самых разных условиях. В целом подход, предполагающий партнерство, будет способствовать взаимной поддержке, взаимному дополнению и регулярному получению последней информации.

Проводилась ли оценка политики/инициативы, и если да, то как: На сегодняшний день по каждому плановому мероприятию проводилась первоначальная оценка его воздействия. Однако финансирование было получено только в последние несколько месяцев посредством направления заявки в Центр здоровой жизни, которую оформлял специалист WISPA по вопросам развития. Поэтому оценка будет включена в деятельность, осуществляемую WISPA на протяжении ближайших пяти лет.

Имеются ли на сегодняшний день какие-либо данные, свидетельствующие о воздействии инициативы на здоровье? Если да, то какие это данные?: Сегодня все большее число людей участвуют в мероприятиях и курсах, поэтому можно сделать вывод, о том, что достигается больше пользы для здоровья. Кроме того, увеличение положительного эффекта для здоровья отражается в возросшем числе обученных тренеров, которые будут осуществлять проекты и программы физической активности, связанные со здоровьем.

Лицо для контактов: Ким Кенсетт, координатор по стратегии в области физической активности. Эл. почта: kkensit@ehssb.n-i.nhs.uk

16. Программа "Пять порций в день", Англия

К истории вопроса: Раковые заболевания и ишемическая болезнь сердца являются причиной 60% всех случаев ранней смерти в Англии. Поэтому отличительной чертой государственной стратегии профилактики, направленной на снижение числа случаев ранней смерти от раковых заболеваний и ишемической болезни сердца, являются меры по улучшению рациона и качества питания. В Плане развития национальной службы здравоохранения (2000 г.)[1], а также в других основополагающих документах с изложением политики[2,3] улучшение рациона и качества питания выделяется как одно из ключевых направлений деятельности. Один из основных подходов к улучшению рациона и качества питания заключается в принятии мер по увеличению потребления фруктов и овощей, в особенности среди малообеспеченных групп населения.

Действующие в настоящее время рекомендации состоят в том, что для снижения риска раковых заболеваний, ишемической болезни сердца, а также многих других хронических заболеваний каждому человеку следует ежедневно потреблять не менее пяти порций разнообразных фруктов и овощей (ВОЗ, 1990[6]; UK COMA 1994&1998[4,5]). Однако население Англии в среднем потребляет менее трех порций фруктов и овощей

в день. Объем потребления, как правило, ниже у детей и у людей с низким уровнем доходов.

Основными факторами, мешающими потреблять больше фруктов и овощей в Англии являются следующие:

- доступ и наличие – есть ли у людей доступ к качественным фруктам и овощам по доступной цене недалеко от дома
- субъективное отношение и осведомленность – осведомленность об идеях программы "Пять порций в день", а также знания, субъективное отношение, мотивация и навыки, касающиеся покупки, приготовления и потребления в пищу фруктов и овощей.

Задача: Программой "Пять порций в день" предусматриваются целенаправленные меры по улучшению доступа к фруктам и овощам и увеличению их потребления среди людей, потребляющих их в наименьшем объеме. В программе предусматривается пять главных направлений, и вся она строится на мониторинге и оценке:

1. Национальный план обеспечения школьников фруктами (NSFS)

Каждый ребенок в возрасте от 4 до 6 лет (приблизительно 2,5 миллиона детей) к 2004 г. каждый учебный день будет получать бесплатную порцию фруктов. Уже проведены эксперименты по реализации плана, и их оценка показала прекрасные результаты:

- Был высок уровень потребления фруктов.
- Администрация школ восприняла этот план как способ улучшения здоровья детей (99%) и как дополнение к детскому рациону питания (99%).
- 97% школ рассматривали NSFS как помощь в преподавании и изучении принципов здорового питания.

После этих успешных экспериментов в настоящее время осуществляется последовательное расширение программы на районы страны. Эта деятельность финансируется Фондом новых возможностей, который выделил для этой цели 42 миллиона фунтов стерлингов. Первыми районами, в которых в 2002 г. была осуществлена полномасштабная реализация плана, стали Западные Мидленды и Лондон, соответственно в летнюю и осеннюю учебные четверти. Весной и летом 2003 г. за ними последовали Восточные Мидленды и Северо-Запад. Это значит, что около миллиона детей, проживающих в этих районах, будут получать бесплатные фрукты. Сейчас мы стремимся также включить в ассортимент и овощи, основываясь на благоприятных результатах эксперимента с выдачей моркови и помидоров.

2. Местные инициативы в рамках программы "Пять порций в день"

Задача заключается в том, чтобы сделать фрукты и овощи более доступными для малообеспеченных общин. Основываясь на результатах успешного эксперимента, Фонд новых возможностей выделил 10 миллионов фунтов стерлингов на поддержку 66 инициатив, которые осуществляются под руководством "Советов по первичной медико-санитарной помощи". После оценки результатов экспериментов было издано руководство по программе "Пять порций в день", которое должно помочь работникам "Советов по первичной медико-санитарной помощи" и других организаций

выработать такие подходы к увеличению потребления фруктов и овощей, в основе которых лежат фактические данные и которые нацелены на всю общину.

Экспериментальные инициативы, которые охватили более 1 миллиона человек, показали, что инициативы на уровне местных общин могут приводить к значительным изменениям в знаниях людей о фруктах и овощах, в доступе к ним и в их потреблении. Основные результаты состоят в следующем:

- В целом было установлено, что вмешательство оказало положительный эффект на людей, потребляющих фрукты и овощи в наименьшем количестве, и это важно для борьбы с неравенством с точки зрения здоровья. В ходе экспериментального исследования люди, до этого потреблявшие меньше пяти порций в день, стали потреблять на одну порцию фруктов и овощей больше.
- Оказалось, что общий объем потребления фруктов и овощей напрямую зависит от частоты их потребления. Людям, потребляющим мало фруктов и овощей, следует рекомендовать потреблять их чаще.
- Средний размер порции фруктов и овощей, зафиксированный в контрольной группе, не отличался от общепринятого размера порции (80 г).

3. Сотрудничество с пищевой промышленностью

Министерство здравоохранения признает, что для достижения долгосрочных целей программы “Пять порций в день” оно от лица правительства должно установить тесные взаимоотношения с британскими предприятиями пищевого сектора, секторов розничной торговли и отдыха, а также с предприятиями, оказывающими все сопутствующие услуги. Мы знаем, что промышленность в первую очередь ориентируется на потребителей, и хотим, чтобы все эти секторы играли ведущую рол в изменении спроса и определяли, что покупатели будут спрашивать у кассы и в торговых залах магазинов.

4. Партнерство на общенациональном и местном уровнях и на всех уровнях управления

Успех программы “Пять порций в день” также зависит от сотрудничества на местном и общенациональном уровне с государственными органами и организациями в сфере здравоохранения, защиты потребителей и образования.

5. Программа распространения информации

Информационная поддержка программы “Пять порций в день” предполагает четкое и последовательное разъяснение ее основных идей, как, например, размер одной порции и польза потребления как минимум пяти порций разнообразных фруктов и овощей в день.

Основными элементами идеи программы “Пять порций в день” являются следующие:

- Ежедневно съедать не менее пяти порций разнообразных фруктов и овощей.
- Свежие, консервированные, замороженные и сушеные фрукты и овощи, а также натуральные соки также могут входить в “пять порций в день”.
- Идея о “пяти порциях в день” должна подаваться в контексте здорового и сбалансированного рациона питания.

Эмблема “Пяти порций в день” была создана после консультаций с другими государственными ведомствами, с пищевой промышленностью, организациями здравоохранения, образования и защиты прав потребителей. Для того чтобы проверить реакцию потребителей на эту эмблему, был проведен ряд экспериментов с целевыми группами населения. Через структуры первичной медико-санитарной помощи ведется распространение информационной продукции с эмблемой “Пяти порций в день”, которая разъясняет суть программы и предлагает различные способы увеличения потребления фруктов и овощей. Эмблема “Пять порций” может также применяться и на пищевых продуктах: она должна служить внушающим доверие символом, назначение которого состоит в том, чтобы последовательно доносить идею “Пяти порций в день” и помогать потребителям достичь этой цели.

Оценка и мониторинг: Для оценки влияния программы “Пять порций в день” на потребление фруктов и овощей и на отношение и информированность населения создается специальная структура. В рамках оценки проведенных на местном уровне пилотных проектов программы “Пять порций в день” был разработан вопросник утвержденного образца. Этот небольшой вопросник является простым и удобным инструментом для оценки изменения потребления населением пищевых продуктов, а также может использоваться для оценки эффективности других мер вмешательства на популяционном уровне. Министерство здравоохранения также выделило средства на разработку инструментария установленного образца для оценки влияния Национального плана обеспечения школьников фруктами на рацион питания детей и на другие аспекты. Департамент по исследованиям в области здравоохранения в Англии помогает осуществлять мониторинг тенденций изменения ИМТ, физической активности и потребления фруктов и овощей на популяционном уровне.

Контакты: Для получения более подробной информации о программе “Пять порций в день” пишите нам по адресу: **fiveaday@doh.gsi.gov.uk** или посетите наш сайт: **www.doh.gov.uk/fiveaday**.

Библиография:

a) *The NHS Plan,* London, Department of Health, 2000.
b) *NHS Cancer Plan,* London, Department of Health, 2000.
c) *Coronary Heart Disease: National Service Framework,* London, Department of Health, 2000.
d) *Nutritional Aspects of Cardiovascular Disease: Report of the Cardiovascular Review Group Committee on Medical Aspects of Food Policy* COMA, London, The Stationery Office, 1994.
e) *Nutritional Aspects of the Development of Cancer.* Committee on Medical Aspects of Food Policy, Report on Health and Social Subjects No48. Department of Health, COMA, London, The Stationery Office, 1998.
f) *Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva, World Health Organization, 1990.*

17. Инициатива по работе с населением в области пищевых продуктов, Уэльс, Соединенное Королевство

Задача: Задачей программы является увеличение потребления здоровой пищи, особенно в бедных районах, путем развития инициатив по работе с населением в области пищевых продуктов. Можно привести следующие примеры инициатив, на

которые распространяется финансирование: кулинарные курсы, клубы завтрака, фруктовые буфеты и общественные кафе, продовольственные кооперативы, программы составления наборов из фруктов и овощей и проекты по выращиванию пищевых продуктов.

Политика/инициатива: Хотя за десять лет, предшествовавших развертыванию программы, фактическое питание взрослого населения Уэльса улучшилось, социально-классовые различия в потреблении пищи в целом остались прежними: социально уязвимые группы населения все еще потребляют меньше таких рекомендуемых продуктов, как фрукты и овощи, хлеб из ржаной муки, молоко с низким содержанием жира и жирная рыба. Различия между социальными классами также очевидны при сопоставлении частоты ишемической болезни сердца, избыточной массы тела и ожирения. (Данные взяты из таких источников, как "Lifestyles Changes in Wales: results from the Health in Wales Survey 1985–1986" [Изменения в образе жизни населения Уэльса: результаты обследования "Состояние здоровья населения Уэльса" 1985–1986 гг.]; "1998 Welsh Health Survey" [Обследование состояния здоровья населения Уэльса 1998 года]; "Health Behaviour of Schools aged Children in Wales surveys, 1996, 2000" [Исследования поведения детей школьного возраста в Уэльсе с точки зрения гигиены в 1996 и 2000 гг.]). Возникла необходимость в разработке новых методов ликвидации неравенства в фактическом питании. Ключевая роль в этой области принадлежит инициативам по работе с населением, предполагающим установление различных партнерских отношений, которые включают в себя создание продовольственных кооперативов и общественных кафе, помогающих преодолевать выявленные препятствия для здорового питания в общинах с низким уровнем доходов, а именно: недостаточное наличие и высокая стоимость здоровых пищевых продуктов. (Данные взяты из таких источников, как "The Scottish Community Diet Project" [Шотландский проект по улучшению рациона питания в местных общинах] (финансируется исполнительными властями Шотландии), а также использованы данные организации "Састейн").

Описание программы: Инициатива по работе с населением в области пищевых продуктов была начата в 2000 г. В рамках инициативы выделяются небольшие субсидии размером до 5000 фунтов стерлингов на финансирование мероприятий среди местного населения, способствующих здоровому питанию. Инициатива, в частности, нацелена на малообеспеченные группы населения и районы с низким уровнем доходов населения. Целью инициативы также является поддержка правительства Ассамблеи Уэльса в борьбе с социальным отчуждением путем решения проблем неравенства, улучшение элементарных навыков приготовления пищи и планирования семейного бюджета, а также решения проблем, связанных со стоимостью и наличием здоровых пищевых продуктов. Рекомендуется строить работу по проектам на рекомендациях по питанию, которые составлены в соответствии с общенациональными рекомендациями. Инициатива открыта для любой некоммерческой организации, имеющей свой устав и способной продемонстрировать надлежащее управление своими финансовыми и общими делами. Заявки на осуществление проекта оцениваются по следующим критериям:

- нацеленность на оздоровление рациона питания на местном уровне путем облегчения доступа к продуктам, снижения их стоимости или повышения навыков у людей;
- решение проблем неравенства;
- оценка действенности;

- способность продемонстрировать устойчивость и после прекращения финансирования.

На первом этапе программы (2000 и 2001 гг.) финансовые средства были выделены двенадцати проектам, каждому из которых было ассигновано от 443 до 4976 фунтов стерлингов. На втором этапе (2002 и 2003 гг.) финансирование получили еще двадцать проектов (от 400 до 5000 фунтов каждый). В число проектов, получивших финансовые средства на сегодняшний день, входят:

- Четырнадцать проектов финансирования учебных курсов по кулинарии, питанию и планированию семейного бюджета для уязвимых и малообеспеченных групп самых различных категорий, таких как семьи с низким уровнем дохода, бездомные, матери-подростки, люди, страдающие умственными расстройствами, и т.д.;
- Четыре проекта финансирования детских клубов ежедневного завтрака;
- Три проекта финансирования фруктовых буфетов в школах;
- Четыре проекта по выращиванию фруктов и овощей для людей с низким уровнем доходов, инвалидов и умственно отсталых;
- Три проекта по облегчению доступа к фруктам и овощам для групп этнических меньшинств, пациентов, направленных на лечение методами физической нагрузки, и маленьких детей и их родителей из малообеспеченных семей;
- Создание брошюры по безопасному питанию для молодых бездомных людей;
- Создание книги рецептов здоровой пищи в картинках для умственно отсталых школьников.

Участвующие партнеры и секторы: В программе участвует широкий круг партнеров и секторов. В частности, с программой сотрудничают многие общественные волонтерские организации, местные органы управления, школы, Национальная служба здравоохранения, предприятия, социальные службы, производители пищевых продуктов и розничная торговля.

Оценка: Одним из условий финансирования проектов является требование о проведении оценки результатов проекта. Из анализа отчетов, представленных проектами в конце первого этапа финансирования, стало ясно, что консультации по проведению оценки в форме однодневного семинара для всех проектов недостаточно. Поэтому на втором этапе финансирования был приглашен на работу специалист, который должен консультировать отдельные проекты в первый год функционирования, чтобы они смогли организовать надлежащий процесс мониторинга и оценки. Во второй половине 2002 г. была проведена всеобъемлющая оценка программы. Было признано, что путем финансирования широкого круга проектов “Инициатива по работе с населением в области пищевых продуктов” позволила наладить взаимодействие с целевыми группами высокого риска по нарушению питания, и предварительные результаты показали, что проделанная работа оказала положительное воздействие на многие факторы, препятствующие выбору здоровых пищевых продуктов. Основные рекомендации заключались в том, что проводимая ныне работа должна быть распространена на большее число проектов, должны быть определены ключевые и демонстрационные проекты для долгосрочного финансирования, а также должно быть создано централизованное координационное агентство по созданию сетей для содействия в разработке, осуществлении и оценке проектов. Улучшенная программа, в которой будут отражены эти рекомендации, должна быть начата осенью 2003 года.

Лицо для контактов: Морин Хоуэлл Тел. 029 2082 3131
Электронная почта: **maureen.howell@wales.gsi.gov.uk**

18. Отчет о работе, проведенной в школе второй ступени Эбби Парк в 2001–2002 гг., Вустершир, Англия, Соединенное Королевство

Предпосылки и справка о школе: Школа второй ступени Эбби Парк расположена почти в центре Першора – маленького городка в графстве Вустершир между Вустером и Ившемом. В ней обучаются 215 детей в возрасте от 9 до 12 лет. В школе царит доброжелательная обстановка. Для каждой из трех возрастных групп организовано по три класса. Зона обслуживания школы весьма интересна по своему социально-экономическому составу. В ней проживают семьи из крупных участков застройки, принадлежащих графству, по обе стороны дороги A44, из недавно застроенного современного жилого района и несколько цыганских семей, перешедших на оседлый образ жизни. Школа становится все более популярной при выборе учебного заведения для учащихся, испытывающих трудности как в поведении, так и в учебе, и уже отмечено немало успехов. Поскольку в графстве нет службы школьного питания, показатель числа детей, получающих бесплатное питание в школе, не является точным отражением числа детей, которые имеют право на бесплатное питание.

Одной из многих сильных сторон школы является то, что обучение в ней охватывает два ключевых этапа общегосударственной школьной программы. Тем самым создается уникальное преимущество: можно строить работу на фундаменте школы первой ступени, позитивно подходить к процедурам оценки в 11 лет и закладывать фундамент ключевого этапа 3. Общий уровень успеваемости при поступлении в целом средний. Школа принимает учащихся из нескольких окрестных школ первой ступени. Она также связана с местной средней школой, куда переходят большинство учеников по окончании данной школы. Посещаемость в данной школе традиционно хорошая, хотя показатель пропусков без разрешения остается высоким. Посещаемость регистрируется в журнале учета, где легко можно увидеть общую картину.

Главная цель школы состоит в том, чтобы создать для учеников атмосферу порядка и заботы, в которой они могут получать радость от учения и полностью реализовать себя и тем самым подготовиться к следующему этапу образования. Кроме того, школа ставит перед собой цель развивать тесное сотрудничество с родителями и местным сообществом, чтобы можно было работать вместе ради достижения успеха всех учеников, а также поддерживать постепенно приближающегося к зрелости ребенка в годы, когда он формируется как личность на среднем этапе учебы, и добиться того, чтобы он был хорошо подготовлен как академически, так и социально для следующего этапа своего образования.

Что сделано школой: в рамках программы здоровых школ данная школа уделяет повышенное внимание здоровому образу жизни, включая питание и физические упражнения. Для того чтобы на работе по укреплению здоровья были сосредоточены максимальные усилия, в школе созданы три предпосылки:

1. Программа обеденных перерывов под названием “Давай побегаем”, рассчитанная на несколько лет. Было решено усилить эту программу, подключив к ее выполнению специально приглашенную воспитательницу Эми, которая отвечает за поощрение и создание условий для физической активности во время перемен и обеденного перерыва. Зарплата ей выплачивалась из бюджета школы.

2. Изменения в школьном буфете. Старший преподаватель физкультуры обратился к местному поставщику, который согласился в течение определенного испытательного периода поставлять школе разнообразные фрукты и овощи. Если дети покупают в буфете “нездоровую” еду, они должны также купить и на 5 пенсов фруктов. Родители поддержали эту идею, и теперь учащиеся регулярно едят фрукты во время перемен и обеденных перерывов.
3. Назначена школьная медсестра, которая ведет факультативные занятия со свободным посещением. Она полностью информирована о внеклассных школьных спортивных мероприятиях, дает консультации и поощряет детей к участию в них.

Главная задача Эми в программе “Давай побегаем” заключается в том, чтобы планировать проведение перемен и обеденных перерывов и руководить 7-летними школьниками, которые держат “магазин по продаже в кредит”. Дети покупают брелок для ключей, который они затем могут использовать в качестве залога для получения в кредитном магазине различного инвентаря. Это дает им больше самостоятельности в действиях. Эми полностью перестроила все, что происходит на игровой площадке и сама принимает участие в играх и занятиях. В частности, она по-новому организует игру в футбол, и теперь дети могут лучше решать вопросы, возникающие в ходе состязания, которые раньше приводили к ссорам. Ее работе на игровой площадке помогают занятия в кружках, организованных с помощью методико-воспитательных служб по коррекции поведения, включая кружок “жизненных навыков”, которым руководит один из педагогов школы. Важнейшей особенностью работы Эми является поощрение и награждение учащихся, которые достигают поставленных на занятиях целей: им выдается игровой инвентарь, который был закуплен благодаря спонсорской помощи местных предпринимателей. Эми в ее работе помогает консультант по физкультуре, который обучил ее коллег – дневных воспитателей. Обучение было посвящено таким вопросам, как организация и развитие целенаправленной игры. В него входила выработка навыков общения и организаторской работы, а также идеи, которые могли бы быть использованы для организации и использования игрового пространства.

Какой эффект дала вся эта работа? Учащиеся, которые не принимали участия во внеклассных школьных спортивных мероприятиях в прошлом, начали в них участвовать. Сюда входит ряд детей, имеющих избыточную массу тела. Учащиеся едят больше фруктов и теперь воспринимают это как нечто модное и современное. Они стали заметно более терпимыми по отношению друг к другу. Это привело к сокращению случаев срыва уроков. Учителя заметили больше сотрудничества между учащимися. Дневные воспитатели чувствуют себя более уверенно и играют позитивную роль в планировании и улучшении качества проведения обеденных перерывов. Улучшилось поведение на игровой площадке. С того момента, как Эми приступила к работе, число серьезных проявлений плохого поведения уменьшилось более чем наполовину. Это сэкономило много времени у руководства школы.

Почему работа увенчалась успехом? Очень важно было создать возможности и обеспечить поддержку для игры с позитивной ориентацией. Эми задает структуру, цель и присуждает награды, она сыграла главную роль в изменении того, как дети играют. Поддержка в школе через кружковые занятия подкрепляет те результаты, которых ожидает школа. Это позволяет Эми иметь любую необходимую ей помощь, при этом перемены и обеденные перерывы воспринимаются как часть учения, которое совершается каждый день. Тесное взаимодействие с родителями и учениками помогло изменить отношение и тех, и других. Ценную помощь в подкреплении высказываемых

и осуществляемых нами идей дало привлечение вспомогательного медицинского персонала. Самый важный фактор заключался в том, чтобы учащиеся воочию увидели связь между хорошим питанием, физической активностью и положительной самооценкой.

Как собиралась информация? Проводился мониторинг листков регистрации инцидентов в поведении детей, учителями проводились собеседования с выборкой наиболее характерных детей, а сами дети вели дневники.

Лицо для контактов: debbie.lye@culture.gsi.gov.uk

19. Местные экспериментальные проекты повышения физической нагрузки (LEAP)

Предпосылки: имеются убедительные доказательства того, что физическая активность играет важную роль в достижении крепкого здоровья. Регулярные занятия физическими упражнениями снижают угрозу коронарной болезни сердца, инсульта и диабета, а также связанные с этими болезнями такие факторы риска, как гипертензия и ожирение. В настоящее время шесть из десяти мужчин и семь из десяти женщин не соблюдают рекомендации о том, что необходимо получать по полчаса физической нагрузки умеренной интенсивности пять или более дней в неделю. Аналогичная картина наблюдается и у детей: четыре из десяти мальчиков и шесть из десяти девочек не получают рекомендуемой физической нагрузки один час в день.

Однако в Соединенном Королевстве мало данных, подтверждающих эффективность подходов к увеличению физической активности в целевых группах на основе работы с местным населением. Программа проектов LEAP позволит апробировать такие подходы через Советы первичной медико-санитарной помощи (СПП) путем выполнения девяти экспериментальных проектов работы с местным населением на региональном уровне, основанных на концепции экспериментальных проектов “Пять порций” (их подробное описание можно найти в www.doh.gov.uk/fiveaday. Постоянно поступающие результаты дадут необходимую информацию и будут служить основой для действий в сфере физической активности на территории всех Советов первичной медико-санитарной помощи.

Программа LEAP даст возможность проверить эффективность различных подходов к повышению числа взрослых и детей в представляющих первоочередной интерес малообеспеченных группах населения, которые получают регулярную физическую нагрузку умеренной интенсивности, и к снижению числа взрослых и детей, ведущих малоподвижный образ жизни, – подходов, основанных на научных данных и на работе со всем населением. Программа финансируется совместно Управлением по вопросам охраны природы, организацией “Спортивная Англия” и Министерством здравоохранения.

Цели: 1) обеспечить финансирование одного экспериментального проекта по физической активности на уровне местного населения в каждом из девяти административных регионов в течение трех лет, сосредоточив главное внимание на создании возможностей, особенно для людей, входящих в группы риска и малообеспеченные категории; 2) сформировать прочные отношения стратегического партнерства на общегосударственном и местном уровнях между местными органами государственного управления в сфере здравоохранения, спорта, досуга, образования,

развития сельских районов, охраны окружающей среды и другими организациями, что будет облегчать разработку действенных программ физкультуры на уровне местного населения; 3) оценить действенность осуществляемых под руководством СПП подходов к повышению физической активности на основе работы с населением; 4) опробовать методы достижения целей и контрольных показателей Национальной структуры служб по борьбе с ИБС, диабетом, по оказанию помощи лицам преклонного возраста, по охране психического здоровья, а также Плана борьбы с раковыми заболеваниями, которые связаны с физической активностью и соответствующими целевыми показателями в структуре планирования и определения приоритетов Национальной службы здравоохранения.

Методы: осенью 2002 г. в каждом из девяти административных регионов было отобрано до четырех Советов по первичной медико-санитарной помощи, которые должны были составить полные заявки на участие в программе LEAP. Конечный срок подачи заявок был 10 января 2003 г., и к настоящему времени окончательный отбор девяти районов проведения экспериментальных проектов завершен. Предусматривается шестимесячный подготовительный период, а собственно работы по проектам начнутся в сентябре 2003 г. и будут продолжаться два года. Затем еще шесть месяцев будет дано на проведение оценки и составление заключительного отчета. Промежуточный отчет будет представлен в декабре 2004 г. В отдельно взятых проектах будет поставлена задача охватить не менее 50 000 человек, чтобы можно было выделить целевые группы примерно по 1000 человек. Каждому району экспериментального проекта будет выделено до 200 тысяч фунтов стерлингов на протяжении двух лет для разработки и осуществления мер вмешательства. Руководить каждым проектом будет СПП, и все девять проектов будут проводиться на базе районов фондов обновления местных общин. Они будут осуществляться в самых различных условиях городов, деревень, городских поселков и “Зон действия по развитию спорта”.

Экспериментальные меры вмешательства будут направлены на одну или более из следующих целевых групп: дети дошкольного возраста, молодежь, лица преклонного возраста, чернокожее население и группы национальных меньшинств, люди, входящие в группы риска по таким заболеваниям, как диабет и сердечные болезни, а также люди, выздоравливающие после ИБС или инсульта. Каждый проект будет нацелен на указанные выше группы, но при этом не будет ставиться задача охватить все эти территории и населенные пункты и целевые группы.

Ситуационное исследование № 1: задача и целевая аудитория

Разработать профилактическую экспериментальную программу, нацеленную на детей в возрасте от 5 до 14 лет. Кроме того, разработать более узкую программу для того, чтобы дать детям от 11 до 14 лет, которые определяются как ведущие малоподвижный образ жизни и живущие в районах небольших “базарных” городков с низким уровнем доходов, знания и навыки, необходимые для того, чтобы они могли стать физически активными и выступать в роли инициаторов изменений среди свои сверстников. Главное внимание при осуществлении проекта будет уделяться совместной работе партнеров с целью создания прочных связей между физической активностью и здоровьем, одновременно способствуя сбору научных данных и созданию равных возможностей и доступа к физической активности для всех.

Меры вмешательства:

1. Профилактическая программа, осуществляемая в школах, нацеленная на выработку знаний, навыков и понимания как у детей, так и у учителей в области оздоровительной физкультуры и увязку компонентов силы и ловкости, связанных с определенными навыками, вырабатываемыми на уроках физкультуры и во время занятий спортом.
2. Цикл из трех семидневных летних лагерей для 150 детей (общее число) в возрасте от 11 до 14 лет, которые были определены как ведущие малоподвижный образ жизни или рискующие быть социально отторгнутыми. Цель лагерей состоит в поощрении принятия более здорового образа жизни, а также в повышении самооценки и уверенности в себе.
3. Форум молодежи для того, чтобы предложить молодым людям организованную трибуну для изложения своих точек зрения, идей и предложений, касающихся физической активности в их школах и населенных пунктах.

Ситуационное исследование № 2: задача и целевая аудитория

Увеличить на 5% число взрослых в возрасте 50 лет и старше, регулярно занимающихся умеренными физическими упражнениями и уменьшить на 10% число взрослых с малоподвижным образом жизни в этой возрастной группе в наиболее бедных районах Ноттингемского совета по первичной медико-санитарной помощи.

Меры вмешательства:

1. Проверка и учет возможностей и препятствий в сфере физической активности для лиц пожилого возраста в выделенных районах города.
2. Проведение многокомпонентной кампании в масштабах района по пропаганде физической активности путем повышения информированности населения о пользе активного образа жизни и о путях налаживания активной жизни на местах посредством создания сети по работе с пожилыми людьми.
3. Привлечение пожилых людей к планированию и проведению мероприятий с целью преодоления внешних препятствий, мешающих участвовать в этих мероприятиях.
4. Взаимное наставничество по вопросам физической активности между лицами одинакового статуса посредством разработки учебных программ для того, чтобы пожилые люди, участвующие в групповых физических занятиях, могли выступать наставниками своих сверстников по физической активности.
5. Программа по изменению образа поведения, адаптируемая индивидуально в соответствии с потребностями клиента, и обучение штатных работников СПП.

Лицо для контактов: Данила Армстронг, Министерство здравоохранения, Room 543 Wellington House, 133-155 Waterloo Road, LONDON SE1 8UG, Tel: 020 7972 4294, Fax: 020 7972 4141, E-mail: danila.armstrong@doh.gsi.gov.uk

Опыт других программ и кампаний в странах

Многие страны сообщили[3], что они принимают участие или инициировали большое количество программ и сетей по снижению заболеваемости НИЗ и пропаганде здорового образа жизни, включая здоровый рацион питания и физическую активность. Несколько таких программ перечислены ниже, но этот перечень не является исчерпывающим.

- Национальная кампания за здоровое питание в **Ирландии** нацелена на все население, но особое внимание уделяется группам населения с низким уровнем доходов. В кампании участвуют также средства массовой информации, НПО и частный сектор. Одним из главных критериев успеха является повышение информированности о "Методических рекомендациях о здоровом питании".
- "Счастливое сердце на работе" в **Ирландии** – это программа, осуществляемая в организациях и на предприятиях, в которую входят такие компоненты, как здоровое питание, физическая активность, среда некурящих и снижение стресса. В ней участвуют министерство здравоохранения и Ирландский фонд сердца. Одним из критериев успеха является изменение образа поведения под воздействием изменений в структуре продовольственной корзины, т.е. меньше жиров, больше фруктов и овощей, меньше соли и сахара.
- Программа санитарного просвещения в **Турции** рассчитана на медицинских работников и население и имеет целью содействие распространению среди населения достаточного, сбалансированного и здорового питания. Она осуществляется путем подготовки и распространения санитарно-просветительных материалов, обучения инструкторов и ведения просветительской работы среди населения. В программу входит механизм оценки.
- "Проект Мартиньякко" в **итальянском** муниципалитете Мартиньякко имеет целью улучшение рациона питания и образа жизни. Критериями успеха являются снижение содержания холестерина в крови и заболеваемости ССЗ.
- В **Испании** Министерство здравоохранения, Министерство образования и спорта и ассоциации родителей и учащихся поддерживают сотрудничество в пропаганде здорового питания и физической активности в школе. В число мероприятий входят выступления, кинофильмы и конкурсы.
- Программа снижения веса на **Мальте** нацелена на взрослых и предполагает просвещение, привитие необходимых умений и навыков и оказание поддержки. Также на Мальте осуществляется программа профилактики рака, нацеленная на все население и предполагающая распространение информации и повышение осведомленности о факторах риска.
- Программа пропаганды грудного вскармливания, например, в **Боснии и Герцеговине**, нацелена на медицинских работников и матерей и предполагает обучение медицинских работников и консультантов по грудному вскармливанию. Работу ведут совместно центры здоровья и учебные заведения. В число критериев успеха входят знания о грудном вскармливании и число "Больниц, доброжелательных к ребенку".
- "Первый **хорватский** проект укрепления здоровья" нацелен на людей в возрасте от 18 до 65 лет и предполагает обучение специалистов общественного

[3] Рабочие группы по обсуждению Глобальной стратегии в области рациона питания, Встреча должностных лиц, ведающих вопросами питания, Афины, 26 февраля – 2 марта 2003 г.

здравоохранения ведению работы по укреплению здоровья. К числу основных показателей и критериев, определенных для оценки успеха, относятся распространенность ожирения, повышенного содержания холестерина в крови, гиперлипидемии, знания, установки и практика потребления пищевых продуктов, физическая активность.

- В **Эстонии** проект "Здоровье сердца" (Неделя сердца, День сердца) (с 1996 г. настоящее время) нацелен на все население и предполагает проведение мероприятий и распространение материалов в средствах массовой информации, организациях, школах, детских садах и т.д.
- Программа оздоровительной физической активности в **Финляндии** нацелена на все население и осуществляется через совместную работу партнеров из сферы спорта, здравоохранения, образования, укрепления здоровья и научных исследований.
- Программа "Сердце и питание" (с 1997 г. по настоящее время) в **Финляндии** нацелена на все население. Программа разработана Комитетом по здоровью сердца, в который входят представители всех слоев общества. В докладе Комитета содержится свыше 100 рекомендаций для различных секторов. В издаваемом раз в два года докладе о питании суммируются основные результаты работы в области питания. Доклад о здоровье населения освещает основные вопросы общественного здоровья. Регулярно проводится оценка программы.
- Программа профилактики диабета 2 типа DEHKO в **Финляндии** нацелена на все население, но в особенности на группы риска по диабету и на больных, которым только что поставлен диагноз "сахарный диабет". К числу основных мероприятий относятся:

    - укрепление здоровья в муниципальных планах действий и бюджетах;
    - обучение вопросам питания работников системы первичной медико-санитарной помощи;
    - разработка программ постдипломного образования для работающих в сфере ухода, питания и санитарного просвещения по вопросам питания, регулирования веса, физической активности и профилактики НИЗ;
    - национальные методические указания по скринингу взрослого населения;
    - модель низкого порога в сфере санитарного просвещения и укрепления здоровья для выхода на группы, не охватываемые обычными услугами;
    - особое внимание благополучию детей, молодежи и семей;
    - форма оценки степени риска, используемая в системе первичной медико-санитарной помощи, начальная ориентация больных с вновь поставленным диагнозом и уход за ними;
    - полноценная реализация предложений комитета по оздоровительной физической активности;
    - полноценная реализация рекомендаций, содержащихся в Национальном плане действий в области питания;
    - проект "Здоровье и СМИ" в поддержку широкого освещения в СМИ хода реализации программы DEHKO.

- "Одно маленькое решение в день" в **Финляндии –** программа профилактики ожирения и пропаганды физической активности. Проводится Финской ассоциацией

сердца, Ассоциацией рака, Ассоциацией “Спорт для всех” и другими (2000–2003 гг.). К числу мероприятий относятся:

  - Групповая модель снижения веса и регулирования веса для использования медицинскими работниками и при обучении руководителей групп;
  - Мероприятия в однородных по составу группах по осуществлению изменений в поведении в интересах здоровья;
  - Материалы для специалистов и для клиентов;
  - Материалы и программы обучения содержат информацию о снижении веса, об изменении в пищевых и двигательных привычках и о групповом обучении и руководстве работой групп.

- Проект “Северная Карелия”, **Финляндия,** начался в 1972 г. и был одной из первых программ сотрудничества по профилактике ССЗ на уровне местного населения, осуществляемых с 1974 г. Программа называлась “Комплексные программы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на уровне местного населения в Европе”. В ней участвовали Финляндия (Северная Карелия), ГДР, ФРГ, Венгрия, Италия, Норвегия, Швейцария, СССР, Югославия. Главное внимание в программе уделялось здоровому образу жизни. Страны сообщали о многочисленных мероприятиях в области питания. Из этой программы образовалась программа СИНДИ. Программа "Северная Карелия (Финляндия) была составлена, осуществлена, продолжена и оценена в тесном сотрудничестве с ВОЗ.[4]
- В **Дании** сократилось потребление жира, но не благодаря лишь одному вмешательству. Дания приняла новую национальную политику в области предупреждения ожирения (выходит на английском языке весной 2003 г.).
- **Словения** разрабатывает план действий в области питания и физической активности. Примером этого может служить Декларация Раденчи, принятая в прошлом году при активном участии программы СИНДИ.
- В **Норвегии** распространенность сердечных болезней сократилась, но не в связи с каким-либо одним вмешательством. Как в Норвегии, так и в Швеции произошел некоторый рост потребления овощей и фруктов благодаря влиянию разных факторов.
- Программа СИНДИ во многих странах[5] и ее влияние на снижение холестерина в сыворотке
- Инициатива “Больница, доброжелательная к ребенку” и ее положительное влияние на увеличение процента исключительно грудного вскармливания (например, Испания).
- Разработка и осуществление национальных планов действий в области пищевых продуктов и питания во многих странах региона.
- Школы, способствующие укреплению здоровья.
- Программа “Пять порций в день” по увеличению потребления фруктов и овощей (хотя и было отмечено, что этой инициативе нужно больше целевой

[4] Например, Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовало результаты оценки программы "Северная Карелия" за 1972-1977 годы (ISBN 92 890 1006 1).

[5] Страны, участвующие в Программе СИНДИ: Австрия, Беларусь, Болгария, Хорватия, Кипр, Чешская Республика, Эстония, Финляндия, Германия, Венгрия, Италия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Португалия, Молдова, Румыния, Российская Федерация, Словакия, Словения, Испания (Каталония), Туркменистан, Украина, Соединенное Королевство (Северная Ирландия).

направленности, поскольку в настоящее время она не считается устойчивой вследствие отсутствия долгосрочных результатов).

- Меры вмешательства в средствах массовой информации или на местном уровне в области здорового рациона питания, которые по результатам оценок оказались успешными (например, Нидерланды).
- Программы пропаганды физической активности (например, “Словения в движении”, где физическая активность пропагандируется на межсекторном уровне и планируется для каждого муниципального образования. Она включает тест ходьбы на 2 км для измерения степени физической подготовленности).
- Укрепление здоровья среди сельского населения (например, Словения).
- Кампания по повышению информированности о здоровом питании для малообеспеченных категорий (например, в Ирландии, где была проведена оценка такой программы и в группе было отмечено изменение потребления).
- Программы йодирования соли (например, в Швейцарии, где йодирование соли началось 8 лет назад и теперь йодируется 90% соли; аналогичные программы в Турции, Италии).
- Широкое распространение материалов с методическими указаниями по питанию (например, в Италии распространено среди 8 миллионов семей, и было отмечено улучшение структуры питания на 5–6%).
- Рост грудного вскармливания благодаря программам “Больница, доброжелательная к ребенку” (например, Израиль).
- Программа по снижению потребления соли (например, в Португалии, где в обследованном населенном пункте произошло снижение кровяного давления).
- Программы на основе работы с населением, имеющие целью увеличить потребление фруктов и овощей (например, в Соединенном Королевстве, где среди лиц, потребляющих мало фруктов и овощей, было зафиксировано увеличение на 1 порцию в день).
- Физически активная жизнь в городе является приоритетной задачей для городов, входящих в Сеть городов здоровья ВОЗ. С этой целью был принят План действий в области активной жизни с участием многих городов. Ведущими городами этой группы являются Белфаст, Дублин, Мехелен, Роттердам и Турку. Они разработали методические указания и прекрасные ситуационные исследования для содействия здоровой жизни для всех жителей городов.

Приложение 5. Справочно-аналитический документ о положении дел в Европе

Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья

Введение

Снижение заболеваемости неинфекционными болезнями (НИБ) за счет содействия употреблению здоровой, приемлемой по стоимости и доступной пищи и физической активности требует мер глобального характера. Есть пределы тому, что могут сделать отдельные страны сами для содействия рациональному питанию и здоровому образу жизни. Такая глобальная стратегия должна быть многосекторной и иметь долгосрочную перспективу, охватывая все главные факторы риска хронических заболеваний.

Стратегия должна быть построена таким образом, чтобы главные усилия были сосредоточены на обеспечении положительного влияния на малообеспеченные категории населения. Стратегия должна также учитывать проблемы разных возрастных категорий и предусматривать профилактику НИБ и борьбу с ними в течение всей жизни. Это начинается со служб родовспоможения, охраны здоровья младенцев, детей и подростков, включает в себя структуры медицинского обслуживания в учебных заведениях и на работе, а также уход на дому за лицами преклонного возраста и инвалидами. Кроме того, в стратегии должны учитываться гендерные вопросы, ибо часто решения о потреблении пищевых продуктов в домашнем хозяйстве принимают женщины, да и структуры физической активности различаются по гендерному и возрастному признакам.

Цель настоящего документа состоит в том, чтобы охарактеризовать общую обстановку накануне Европейской консультативной встречи; представить европейское видение Глобальной стратегии; добиться того, чтобы Глобальная стратегия была актуальной для решения конкретных проблем, стоящих перед Европейским регионом; особо выделить те крупномасштабные меры и программы в Европейском регионе ВОЗ, которые нацелены на предупреждение НИБ и борьбу с ними; проиллюстрировать новаторские методы работы и стратегии в Европе, которые могли бы использоваться в других регионах; продолжить участие в глобальных усилиях по снижению заболеваемости НИБ путем принятия всеобъемлющих подходов и дать общий обзор деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ в этом направлении.

Данные, имеющиеся в Европейском регионе

Неинфекционные болезни в Европейском регионе
В Европейском регионе отмечается самая большая в мире доля смертности, приходящаяся на неинфекционные болезни (НИБ) (рис. 1). Среди причин преждевременной смертности в Европейском регионе ВОЗ доминируют такие НИБ, как сердечно-сосудистые болезни (ССБ) и онкологические заболевания (рис. 2). Например, ССБ в Европе являются причиной смерти свыше 4 миллионов человек ежегодно. Самой распространенной причиной преждевременной смерти является ишемическая болезнь сердца (ИБС), на долю которой приходится 16% всех случаев преждевременной смерти среди мужчин и 12% среди женщин. Кроме того, в странах Центральной и Восточной Европы и в Новых Независимых Государствах смертность от ИБС почти вдвое выше, чем в Европейском Союзе (ЕС), и во многих странах она

продолжает расти. Аналогичная картина наблюдается по инсульту. В Западной Европе смертность от ССБ снижается, но распространенность этих болезней, по всем данным, возрастает. Риск ССБ с возрастом повышается, и улучшение показателей выживаемости означает, что население стареет и все больше европейцев живут с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Рисунок 1. Представление Европы в глобальном контексте

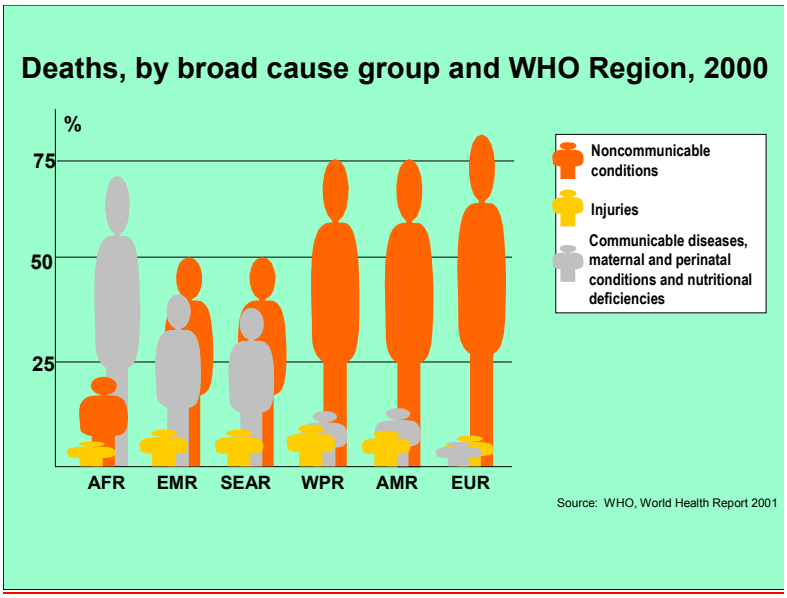
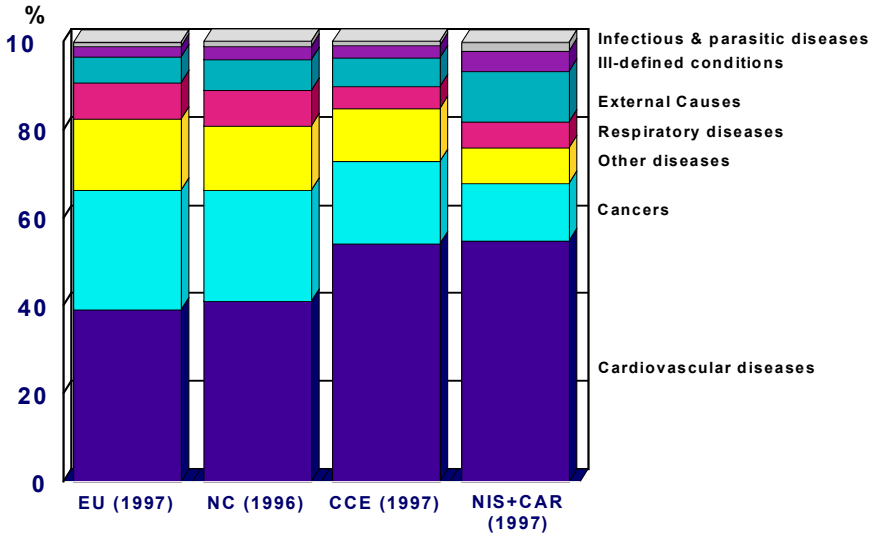


Рисунок 2. Главные причины смертности в Европейском регионе ВОЗ



EU=European Union, NC=Nordic countries, CCEE=Countries of Central and Eastern Europe, NIS and CAR=Newly Independent States and central Asian republics.
Source: WHO Health for All database 2001

Примерно 20–30% взрослого населения в Европейском регионе страдают ожирением[6], причем происходит рост распространенности ожирения среди детей, что повышает у них риск ССБ[7] в будущем. Как ясно показывают данные о тенденциях в отношении избыточной массы тела и ожирения среди 10-летних детей, распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей значительно увеличивается в Восточной и Западной Европе[8]. Например, в Чешской Республике процент детей с избыточной массой тела и ожирением в период с 1991 по 2000 год возрос с 10% до 13%, в Польше с 1994 по 2000 гг. – с 8% до 18%. Во Франции имеются данные с начала 60-х годов, которые показывают рост распространенности избыточной массы тела и ожирения среди детей с 3% в 1963 г. до 16% в 2000 г. Венгрия в 1999 г. сообщила о том, что ожирение наблюдается у 20% детей в возрасте от 11 до 14 лет, а 6% из них страдают гипертензией[9]. Главная проблема, связанная с детским и подростковым ожирением, состоит в том, что оно не проходит и во взрослой жизни и в последующем ассоциирует с возрастанием риска сердечно-сосудистых болезней и диабета, а также с преждевременной смертью[10].

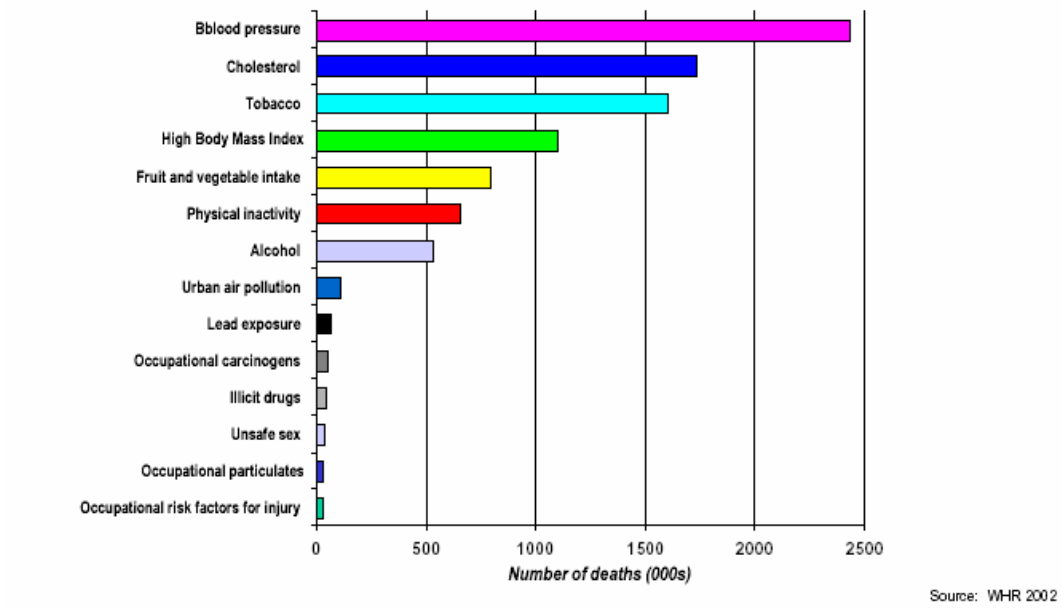
Предварительный анализ позволяет предположить, что на долю плохого питания в Европейском Союзе приходится 4,6 % общих потерь DALY (лет жизни с коррекцией на инвалидность), и еще 3,7% и 1,4% приходится соответственно на долю ожирения и недостатка физической активности. Таким образом, плохое питание и недостаток физической активности являются причиной потери большего числа лет жизни (9,7%), чем курение (9%)[11].

Питание

Подробный анализ показывает, что можно было бы предупредить по крайней мере 75% ССБ, если бы было искоренено курение и радикально улучшены рационы питания и уровни физической активности[12]. Все большее признание получает тот факт, что значительная доля различий в заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями, наблюдаемых в Европе, объясняется также и факторами питания. В обновленной версии документа “Глобальное бремя болезни”, подготовленной ВОЗ, содержится оценка количественного вклада пищевых факторов риска в Европейском регионе. К числу пяти самых важных факторов риска наряду с курением относятся гипертензия, высокие уровни холестерина в сыворотке крови, ожирение и низкое потребление овощей и фруктов (рис. 3).

[6] Ожирение определяется как индекс массы тела (ИМТ) 30 и более. ИМТ рассчитывается делением веса в килограммах на рост, выраженный в квадратных метрах.
[7] ASTRUP (2001).
[8] International Obesity Task Force 2002 www.iotf.org/childhood/euappendix.htm
[9] WHO/EURO Nutrition programme unpublished survey material
[10] e.g. Nicklas et al. (2002).; Maffeis, C., Tato, L. (2001).
[11] Determinants of the burden of disease in the EU. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997.
[12] (Stamler J *et al.,* 1999, Magnus *et al.,* in press)

Рисунок 3. Смертность в Европе в 2000 году, объясняемая действием отдельных ведущих факторов риска



Рационы питания, богатые разнообразными овощами и фруктами, защищают от ИБС и инсульта: чем больше потребляется овощей и фруктов, тем сильнее эта защита[13]. Как показывают оценки, среднее увеличение потребления овощей и фруктов на 150 г в день может снизить риск смертности от ИБС на 20–40%, от инсульта на 25% и риск смертности от ССБ на 6–22%, где наиболее низкие величины оценки учитывают влияние на ССБ курения и/или злоупотребления алкоголем[14].

На рис. 4 представлены величины потребления пищевых веществ на популяционном уровне, которые в качестве целей должны приниматься во внимание центральными и территориальными органами, устанавливающими рекомендации в отношении питания для предупреждения НИБ.

[13] e.g. Klerk M, et al 1998.; and Veer, P. van't, et al (2000).
[14] Klerk M, et al 1998.

Рисунок 4. Диапазоны величин потребления пищевых веществ на популяционном уровне, устанавливаемые в качестве целей

Dietary factor	Goals
Total fat	15-30% energy
Saturated fatty acids	< 10% energy
Polyunsaturated fatty acids (PUFAs)	6-10% energy
n-6 Polyunsaturated fatty acids (PUFAs)	5-8% energy
n-3 Polyunsaturated fatty acids (PUFAs)	1-2% energy
Trans fatty acids	< 1% energy
Monounsaturated fatty acids (MUFAs)	By difference[1]
Total carbohydrate[1]	55-75% energy
Free sugars[1]	< 10 % energy
Protein	10-15% energy[1]
Cholesterol	< 300 mg/day
Sodium chloride (sodium)[1]	<5 g/day (< 2 g/day)
Fruits and vegetables	> 400 g/day

Source: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Report of a Joint FAO/WHO consultation. WHO 2003.

Выражением политической поддержки, необходимой для содействия здоровому питанию, должно стать воплощение этих целей потребления пищевых веществ на популяционном уровне в рекомендациях о питании, основанных на пищевых продуктах (РПОПП), на уровне всей страны. Министерствам здравоохранения следует утвердить РПОПП, которые не содержат противоречивых положений и легки для понимания. Конкретные рекомендации неизбежно будут варьировать в разных странах в зависимости от наличия пищевых продуктов и их приемлемости с культурной точки зрения. Для того чтобы их осуществление было практически возможным и эффективным, РПОПП должны учитывать структуру фактического питания и распространенность как расстройств, обусловленных недостаточностью пищевых веществ, в особенности йода и железа, так и распространенность НИБ в каждой стране. Перед тем, как разрабатывать национальные РПОПП, медицинским работникам следует проанализировать показатели преждевременной смертности, данные о заболеваемости и имеющиеся данные о потреблении пищевых веществ и о пищевом статусе. Тем самым будет обеспечено соответствие рекомендаций специфике конкретных условий в стране. Кроме того, РПОПП должны согласовываться с такими крупномасштабными государственными мерами и программами, которые содействуют распространению исключительно грудного вскармливания в течение 6 месяцев, поддержанию безопасности пищевых продуктов, сохранению здоровой окружающей среды и развитию крепкой местной базы производства пищевых продуктов.

В результате проведения сравнительного анализа рекомендаций о питании, основанных на пищевых продуктах, в государствах-членах Европейского региона ВОЗ, установлено, что из 48 стран, участвовавших в проводимом ВОЗ обзоре РПОПП, 25 сообщили о наличии у них утвержденных на уровне правительства национальных рекомендаций о питании, основанных на пищевых продуктах[15] (экземпляры этого доклада можно будет получить на консультативной встрече 2–4 апреля). Однако во

[15] *Food-based dietary guidelines in WHO European Member States*. Draft WHO 2002.

время состоявшейся в Афинах встречи должностных лиц, ведающих вопросами питания (28 февраля – 2 марта 2003 г.), большинство европейских государств-членов сообщили о неудовлетворительных пищевых привычках во всех возрастных группах[16]. Например, страны Северной Европы и Балтии указали, что среди их населения высок уровень потребления насыщенного жира (больше рекомендуемых 10 процентов калорийности суточного рациона[17]), высок уровень потребления соли (более 5 г в день), низок уровень потребления овощей и фруктов (меньше рекомендуемых 400 г в день), высокое кровяное давление (больше допустимых 140/90 мм рт. ст.), высокий уровень холестерина в сыворотке (выше допустимых 5,2 ммоль/л). Многие страны также сообщили о высоком уровне потребления сахара (больше рекомендуемых 10% калорийности суточного рациона). Из всех возрастных групп самый высокий уровень потребления сахара у детей и молодежи. Согласно общему мнению, успешное осуществление мер по снижению этих факторов риска в сочетании с борьбой с курением могло бы весьма эффективно способствовать значительному снижению распространенности ожирения и неинфекционных болезней (НИБ).

Физическая активность

Последнее исследование бремени болезней, проведенное ВОЗ, указывает (рис. 3), что недостаток физической активности относится к самым главным факторам, действием которых объясняется бремя болезней в Европе. Регулярная физическая активность несет в себе большую пользу для здоровья, например, уменьшая риск ишемической болезни сердца, цереброваскулярной болезни, диабета и остеопороза[18]. Физическая активность также играет определенную роль в развитии избыточности массы тела и ожирения: у людей с низкими уровнями физической активности больше жира на теле и жира области живота и у них выше вероятность накопления жира на теле, чем у людей с высокими уровнями физической активности[19]. Физическая активность способствует поддержанию более низкого кровяного давления в течение всей жизни и снижению соотношения между ЛВП-холестерином и ЛНП-холестерином в крови. Она также ассоциирует с уменьшением риска рака толстой кишки и с поддержанием физической функциональности людей преклонного возраста (т.е. включая риск остеопороза), а также с облегчением симптомов депрессии.

Для большинства людей, ведущих малоподвижный образ жизни, пользу для здоровья дают даже 30 минут умеренной физической нагрузки в день. Это важно иметь в виду при выявлении стратегий, эффективных с точки зрения соотношения затрат и выгод и осуществимых на практике. Тридцать минут ходьбы или езды на велосипеде в день (распределяемых на два эпизода) эквивалентны расстояниям, которые покрываются половиной городских поездок, выполняемых в настоящее время на автомобиле. Если удастся четко донести эту мысль, практически осуществимой и действенной мерой по повышению уровней физической активности может стать установление взаимодействия с секторами транспорта и городского планирования. Эти аргументы можно использовать для пропаганды повышения физической активности, например, посредством ежедневной ходьбы на занятия или на работу (например, в сочетании с общественным транспортом)[20].

[16] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003
[17] e.g. Robertson, A et al, WHO Forthcoming 2003.; and Report of a Joint FAO/WHO consultation. WHO 2003.
[18] Vuori, 2001
[19] Prentice & Jebb 1995
[20] WHO Regional Office for Europe A physically active life through everyday transport WHO 2002

В “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.” иллюстрируются различия в уровнях физической активности в пределах Европейского региона. В частности, страны Европейского региона С (с низкой детской смертностью, высокой смертностью взрослых)[21] имеют, согласно оценкам, самую высокую в мире распространенность недостаточности физической активности (24% среди населения старше 15 лет), а доля смертности, относимая на счет недостатка физической активности, составляет там от 8 до 10%. Это, по данным доклада за 2002 г., выше, чем в странах Западной Европы и некоторых странах ЦВЕ (страны Европейского региона А – с очень низкой смертностью детей и взрослых) и в Европейском регионе В (с низкой детской смертностью, низкой смертностью взрослых).

Проведена оценка уровней физической активности детей[22]. По мере того, как дети растут, у них происходит поступательное снижение физической нагрузки. Доля 15-летних детей, которые, по их словам, занимаются спортом вне школы не менее двух раз в неделю, колеблется среди девочек от 37% в Гренландии до 66% в Чешской Республике, а среди мальчиков от 60% в Гренландии до 90% в Северной Ирландии[23].

В некоторых странах были проведены наблюдения связи между физической активностью и структурой питания у школьников. Например, в обследовании, проведенном в Германии[24] с охватом 3400 детей в возрасте от 5 до 7 лет, более низкая физическая активность ассоциировала с нездоровыми структурами питания. В результате обследования было установлено, что среди детей, которые смотрят телевизор более одного часа в день потребление сладостей и продуктов быстрого питания значительно выше, чем среди детей, которые смотрят телевизор меньше[25].

Данные об уровнях недостаточности физической активности среди взрослых европейцев неполны. Однако одно обследование (с охватом только стран-членов ЕС) показывает, что уровни недостаточности физической активности в странах ЕС высоки: в среднем 32 % взрослых на протяжении типичной для них недели не получают никаких физических нагрузок в свободное время. В целом у взрослых в южных странах ЕС уровни физической активности ниже, чем в северных и западных странах[26].

Большинство стран - членов Европейского региона ВОЗ сообщили[27] о том, что недостаточность физической активности является проблемой во всех возрастных группах. Во многих странах, по их сообщениям, проблемой является распространенность малоподвижного образа жизни. Указывается также, что физической активности и здоровому питанию как предмету для изучения и практических действий на рабочих местах и в учебных заведениях часто уделяется мало внимания.

---

[21] Belarus, Estonia, Hungary, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Republic of Moldova, Russian Federation, Ukraine
[22] Currie *et al* 2000
[23]Currie *et al* 2000
[24] Müller et al 1999

[25]Müller et al 1999
[26] Institute of European Food Studies, 1999
[27] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

Вопросы, которые необходимо учитывать при выработке европейских рекомендаций

Эти вопросы имеют целью:

- Стимулировать размышления и генерировать новые идеи при подготовке к Европейской консультативной встрече по вопросу Глобальной стратегии в области питания, физической активности и здоровья, намеченной на 2–4 апреля 2003 г. в Копенгагене.
- Стимулировать дискуссии в ходе Европейской консультативной встречи.
- Помочь в формулировании европейских рекомендаций для включения в Глобальную стратегию и
- Помочь в формулировании рекомендаций в отношении дальнейших действий в Европейском регионе.

Доказательства: данные о влиянии питания и физической активности на здоровье

Вопросы для обсуждения:

- Следует ли какому-либо одному сектору взять на себя ведущую роль по сбору данных, или же эта работа должна проводиться совместно, на основе сотрудничества?
- Как медицинские работники могут убедить правительство в необходимости заниматься вопросами питания и физической активности?
- Как государственные органы (на всех уровнях) могут установить приоритеты в межсекторных стратегиях таким образом, чтобы улучшить фактическое питание и повысить уровни физической активности? (Например, провести исследование бремени болезни в масштабах страны, что помогло бы показать относительное значение факторов риска в каждой стране).
- Как можно преодолеть препятствия, мешающие обеспечить политическую поддержку в борьбе с распространенностью ожирения и НИБ?
- Как создаются научные консультативные советы и как можно улучшить их деятельность?
- Как можно оправдать "краткосрочные" политические цели "долгосрочными" выгодами инвестирования в профилактику ожирения и НИБ?
- Каковы действенные способы установления уровней и тенденций развития главных факторов риска хронической болезни?
- Каким образом можно лучше всего обеспечить стандартизацию сбора данных для сравнения внутри страны и на международном уровне?
- Что мешает установлению стандартов и норм для рациона и режима питания и физической активности и как эти помехи можно преодолеть?

Установление приоритетности предупреждения неинфекционных болезней

Отвечая на вопрос о процессе обеспечения политической поддержки делу реализации стратегий, направленных на снижение распространенности хронических болезней и ожирения, некоторые страны[28] назвали следующие препятствия:

- Лица, формирующие политику, не всегда считают ожирение болезнью.

[28] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

- Даже если государство заявляет о своей поддержке делу снижения распространенности ожирения и НИБ, необходимые денежные средства все равно выделяются не всегда.
- Другие секторы, имеющие отношение к решению проблемы (транспорт, образование), могут не проявлять такой поддержки и не так хорошо знать проблему предупреждения ожирения и НИБ.
- Для правительства может быть желательно простое решение, однако вопрос предупреждения ожирения и НИБ сложен и требует многогранного подхода.
- Такие реформы, как повышение налогов и ограничения на сбыт товаров, часто бывают непопулярны.

Было бы правильно, если бы министерства обратились к анализу глобального бремени болезней[29] и рассмотрели вопрос о создании систем для оценки относительного вклада различных факторов риска, свойственных каждой стране. В настоящее время оценка бремени болезни выражается в "годах жизни с коррекцией на инвалидность" (ГЖКИ, или DALY). Они включают в себя оценку годов жизни, потерянных (ГЖП) до достижения возраста 82,5 лет для женщин и 80 лет для мужчин от различных болезней, и годов, проведенных в состоянии инвалидности (ГЖИ). Для оценки ГЖИ на основе обследований несмертельным болезням присваиваются величины (веса инвалидности). Затем к годам, потерянным из-за преждевременной смертности (ГЖП), прибавляются годы, потерянные вследствие инвалидности (с коррекцией на степень тяжести), и получается интегрированная единица здоровья – ГЖКИ (год жизни с коррекцией на инвалидность, или DALY), где один ГЖКИ представляет потерю одного года здоровой жизни.

Снижение распространенности НИБ имеет положительные экономические последствия, и, если этот аргумент удастся довести до сведения людей за пределами медицинских кругов, может появиться больше шансов на завоевание широкой поддержки и выявление возможностей с двойным эффектом (т.н. беспроигрышных возможностей) путем установления партнерских отношений с другими секторами. В начале 90-х годов министерство здравоохранения Германии провело оценку расходов, связанных с болезнями, и выяснилось, что среди алиментарно-зависимых заболеваний наибольшие затраты вызываются сердечно-сосудистыми болезнями – примерно 33 миллиарда немецких марок (12% общих расходов на здравоохранение в стране)[30]. В Соединенном Королевстве Liu с соавторами (2002)[31] подсчитал, что ИБС обходится в 1,65 миллиарда фунтов стерлингов для системы здравоохранения, в 2,42 миллиарда фунтов стерлингов в виде неформального ухода и в 4,02 миллиарда фунтов стерлингов в виде потерь производительности. Общая годовая стоимость ИБС составила 8,08 миллиардов фунтов стерлингов – это самая высокая категория заболеваний в Соединенном Королевстве, по которым были проведены сравнительные анализы.

В США общая оценка стоимости болезней, связанных с пищевыми факторами и структурами физической активности[32], составляет, согласно сообщений, 137 миллиардов долларов[33] [34]. Эти оценки основываются на допущении о том, что вклад пищевых факторов и малоподвижного образа жизни в диабет составляет 60%, в

[29] Murray & Lopez, Global burden of diseases study, WHO 2002
[30] Kohlmeier et al 1993.
[31] Liu et al 2002.
[32] Заболевания сердца, диабет, инсульт, остеопороз, болезнь желчного пузыря, рак молочной железы, рак толстой кишки и рас предстательной железы.
[33] Kenkel & Manning 1999
[34] Wolf and Colditz 1998.

рак груди, толстой кишки и предстательной железы 35%, в болезнь желчного пузыря 30%, в артрит 25% и в болезнь сердца и инсульт 20%.

В Европе на счет ожирения относят примерно 2–7% расходов на здравоохранение[35]. Прямые затраты, в которые обходится бюджету здравоохранения ожирение, были подсчитаны в Нидерландах[36], Франции[37], Германии[38] и Швеции[39]. Значительна также оценка непрямых расходов на здравоохранение, относимых на счет ожирения. Например, в Германии они составляют 3–4%.[40] Оценки показывают, что избежание болезней детства за счет грудного вскармливания снижает экономические издержки для общества[41].

В одном исследовании, проведенном в Швейцарии[42], было подсчитано, что недостаточные уровни физической активности являются причиной 1,4 миллиона случаев болезни и 2000 случаев смерти и обходятся примерно в 2,4 миллиарда швейцарских франков в год. В Англии подсчитанные годовые прямые и непрямые издержки, относимые на счет ожирения, составили в 1998 г. 2,6 миллиарда фунтов стерлингов, и, если нынешние тенденции сохранятся, к 2010 г. эти издержки могут возрасти еще на 1 миллиард фунтов стерлингов в год[43].

Как показали исследования в Норвегии и Дании, увеличение потребления фруктов и овощей (а это доказанное средство, помогающее снизить риск некоторых видов рака) намного выгоднее с точки зрения затрат, чем лечение рака[44]. Норвежские специалисты подсчитали расходы на лечение каждого больного раковым заболеванием: 250 000 норвежских крон. По их оценкам, в ценах 1997 г. можно было бы сэкономить 3 миллиона крон, если бы наступление случаев рака было предупреждено, и 1,5 миллиона крон, если бы наступление этих случаев было отсрочено на 10 лет. По оценкам датских исследователей, если бы население Дании удвоило потребление овощей и фруктов с 250 г до 500 г, ожидаемая продолжительность жизни увеличилась бы на 0,9 лет и можно было бы предупредить 22% всех случаев рака.

[35] *Obesity* - ... Report of a WHO Consultation 1998.

[36] Seidell and Deerenberg 1994
[37] e.g. Levy et al 1995; Detournay et al, 2000.
[38] Kurscheid and Lauterbach 1998.
[39] Sjöstrum et al (1995).
[40] Kurscheid and Lauterbach 1998.
[41] Например, Kaiser Permanente Study. 1997.; Holterman et al 1998.
[42] *Incidence économique des effets de l'exercice physique sur la santé* (www.baspo.ch/f/aktuell/medien/archiv/studie.htm). Berne, Office Fédéral du Sport, 2001 (accessed 18 March 2002)
[43] NATIONAL AUDIT OFFICE. *Tackling obesity in England*. London, The Stationery Office, 2001
[44] *Cost-effective evaluations* ... 1998.; and: Gundgaard et al 2002.

Оптимальные рационы и режимы питания и минимальные пороговые уровни физической активности

На сегодняшний день научные исследования дают информацию об оптимальных рационах питания и минимальных пороговых уровнях физической активности. Рекомендации о питании и физической активности включают следующие положения:

- увеличить потребление фруктов и овощей, а также бобовых, продуктов из цельного зерна и орехов до 400 г в день и более;
- значительно увеличить уровни физической активности на протяжении всей жизни, при этом целью должно быть не менее 30 минут умеренной физической нагрузки в день;
- перейти с потребления насыщенных жиров и транс-жирных кислот на потребление ненасыщенных жиров, а в некоторых обстоятельствах снизить уровень общего потребления жира;
- поощрять потребление рыбы, нежирного мяса и молочных продуктов с пониженным содержанием жира, когда потребляются пищевые продукты животного происхождения;
- снизить потребление свободных сахаров;
- снизить потребление соли из всех ее источников и добиться потребления йодированной соли;
- обеспечивать потребителей надлежащей информацией о пищевых продуктах, чтобы они могли делать здоровый выбор;
- поддерживать исключительное грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни и здоровую практику кормления грудных детей и детей раннего возраста в сочетании с грудным вскармливанием до 2 лет.

Однако исследований успешного исхода вмешательств в сфере питания и физической активности еще мало. Следует увеличить число таких исследований и оказывать более существенную поддержку вмешательствам, которые дают положительный эффект. Нужны дополнительные исследования с целью выявления наиболее успешных вмешательств в системе общественного здравоохранения (как на индивидуальном, так и на популяционном уровне). Для воплощения рекомендаций (вместе с действенной борьбой с табакокурением) в общегосударственные и местные стратегии и действия, направленные на реальную поддержку вмешательств, требуется сотрудничество и взаимодействие многих заинтересованных партнеров.

Выработка политики: превращение данных в политический курс

Вопросы для обсуждения

- Каковы наилучшие пути и способы развития межсекторного сотрудничества?
- Как лучше всего вводить результаты научных исследований в процесс формирования политики?
- Какова роль частного сектора и как мы могли бы реально привлечь его к решению рассматриваемых проблем?
- Как приступить к разработке общенациональных стратегий и программ в области физической активности?
- Как использовать опыт успешной разработки и реализации национальных планов действий в области пищевых продуктов и питания?
- Какова роль центральных, территориальных и муниципальных органов государственного управления в выработке стратегий и программ в области физической активности и питания?
- Какова должна быть роль различных действующих лиц, включая средства массовой информации, неправительственные организации, частный сектор, научные круги и межправительственные органы?

Сотрудничество различных секторов

Государственные органы не могут действовать в одиночку. Для достижения устойчивого прогресса важнейшее значение имеют объединенные энергия, ресурсы, опыт и знания частного сектора (включая компании по производству пищевых продуктов, напитков и спортивных товаров, спортивные организации, предприятия розничной торговли и рекламы, производителей транспортных средств и инвентаря, секторы страхования и средств массовой информации), организаций медицинских работников и групп потребителей, ученых и научно-исследовательских работников.

Важным шагом в направлении сотрудничества между различными секторами является понимание того, что именно важно для других секторов, участвующих в решении проблемы (например, могут ли они использовать медицинские аргументы для достижения собственных целей). Например, пропаганда ходьбы пешком и езды на велосипеде по медицинским соображениям видится хорошим средством продвижения к устойчивому развитию (т.е. стратегия двойного эффекта). Такой подход помогает выявлять действенные стратегии, имеющие более высокие шансы на привлечение политической и финансовой поддержки. Важно также проводить анализ того, что представляют из себя заинтересованные партнеры, чтобы понять точку зрения каждого из них.

Государства-члены указали, что в разработке стратегий, связанных с питанием и повышением уровня физической активности прямо или косвенно участвуют многие секторы, в том числе министерства здравоохранения, сельского и рыбного хозяйства, образования, спорта и по делам молодежи, экономического развития, труда и социального обеспечения (социальной защиты), социального согласия и по делам семьи, министерства финансов и юстиции, которые обеспечивают поддержку финансирования и устанавливают соответствующую финансово-бюджетную политику, а также министерство охраны окружающей среды. Также были отмечены торговля, Академия медицинских наук, НПО, частный сектор (центры здоровья и спортклубы), пищевая промышленность, транспортный сектор, городское планирование, связь, сектор рекламы, потребительские объединения и группы содействия укреплению здоровья.

Ключевая роль принадлежит министерствам здравоохранения наряду с другими министерствами, такими как министерства, отвечающие за политику в области продовольствия и сельского хозяйства, политику в отношении молодежи и спорта, политику в сфере образования, торговли, промышленности и финансов, охраны окружающей среды и устойчивого развития, а также наряду с местными органами и организациями, ведающими вопросами градостроительства.

Роль местных органов власти очень важна по следующим причинам:

- В общем и целом вопросы, связанные со спортом, физической активностью, городской инфраструктурой, благоприятствующей активному образу жизни, а также с питанием в учебных заведениях и учреждениях социальной помощи, входят в круг ведения местных органов власти.
- Местные органы власти стоят ближе к группам местного населения и к гражданам в целом. Очень часто успех стратегий и планов зависит от активного участия гражданского общества.

- Межсекторное сотрудничество и партнерские отношения легче налаживать на местном уровне.
- Местные органы власти обладают возможностью мобилизовать местные ресурсы и вселять в местных жителей активность и энтузиазм, с которыми население участвует в кампаниях и мероприятиях по пропаганде и содействию здорового образа жизни: например, проведение ярмарок здоровья, дней велосипедной езды и танцев и т.п. На международном уровне и на уровне отдельных стран существует великое множество начинаний, успех которых в конечном счете зависит от мобилизации местного потенциала.[45]

Государствам-членам было предложено[46] дать комментарии о существующих стратегиях содействия межсекторному сотрудничеству в области здорового питания и повышения уровня физической активности. К числу примеров относятся следующие:

- Программы и планы действий в области как питания, так и физической активности (Швейцария, Турция, Ирландия).
- Питание и физическая активность в школах (Италия, Мальта).
- Рекомендации в отношении питания, в которых имеется раздел о потребности в ежедневной физической нагрузке (Греция).
- Кампании в средствах массовой информации (Нидерланды, Италия, Швейцария).
- Законодательство о безопасности пищевых продуктов (Испания, Ирландия, Турция, Израиль).

Многие страны также сообщили о сотрудничестве с неправительственными организациями и/или частным сектором в целях содействия здоровому питанию и увеличению физической активности. Страны отметили сотрудничество с промышленностью, например, в таких направлениях, как:

- Снижение потребления жирных молочных продуктов, уменьшение размеров порций и влияние на сбыт продукции (Нидерланды).
- Увеличение потребления молочных продуктов с целью снижения заболеваемости остеопорозом (Испания).
- Увеличение потребления рыбы путем сотрудничества с управлением рыбного хозяйства (и другими компаниями, не имеющими общеизвестных торговых марок).
- Улучшение качества пищевых продуктов путем сотрудничества с ресторанами и компаниями общественного питания (Италия).
- Поддержка лозунга "Пять порций в день" с помощью плодоовощных предприятий (Швейцария, Соединенное Королевство, Мальта).
- Поддержка физической активности путем сотрудничества с предприятиями, выпускающими спортивные товары (Австрия).
- Снижение содержания соли в пищевых продуктах, прошедших промышленную переработку (Соединенное Королевство).
- Пропаганда физической активности совместно с фирмами, содержащими спортивные залы и центры здоровья (Соединенное Королевство:

[45] (References: **1)** WHO, Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques, published by WHO Healthy Cities, financially co-funded by the DG Environment of the EU, 2002 **2)** WHO, Active living in the city, Multi-City Action Plan on Active Living, WHO Healthy Cities, 2002, **3)** Barton Hugh and Tsourou Catherine, Healthy Urban Planning, Spon Press, 2000**)**

[46] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

экспериментальные инициативы в девяти регионах с целью содействия физической активности совместно с частным сектором и НПО).

Сотрудничество с НПО имеет место при подготовке кампаний по санитарному просвещению (например, Нидерланды); осуществляется сотрудничество с национальными фондами борьбы с болезнями сердца (Ирландия, Норвегия), сотрудничество с обществами по борьбе с раковыми заболеваниями (Швейцария, Норвегия), сотрудничество с объединениями потребителей (Австрия, Соединенное Королевство).

Выработка политики на основе доказательных данных
Ученые обладают навыками, необходимыми для того, чтобы создавать теории, подлежащие проверке, разрабатывать методы измерения и оценки и демонстрировать статистические связи. Лица, формирующие политику, обладают навыками нахождения компромисса между противоположными интересами, разработки и принятия законодательства и обеспечения его осуществления на практике. Но между этими двумя областями профессиональной деятельности лежит зона трудностей, связанных с тем, как перенести научные результаты в процесс формирования политики.

Научные консультативные советы (комитеты) играют важную роль, которая выражается в том, что они интерпретируют имеющиеся на сегодняшний день научные данные и дают заключения для выработки политического курса. Научные комитеты на уровне страны и на международном уровне становятся все более открытыми в своей деятельности, и все шире к участию в их работе в качестве членов приглашаются лица, не являющиеся учеными, например, представители потребителей. Кроме того, более понятными и строго упорядоченными становятся методы, используемые ими для оценки научных данных. Оценка научных данных сама по себе становится самостоятельной и хорошо развитой научной областью. Чувствительность теорий и моделей можно оценивать по значимости различных исходных допущений и устойчивости прогнозов. Данные можно ранжировать по значимости на основании согласованных критериев, таких как использованные при исследовании методы, размер выборки и воспроизводимость результатов.

Многие страны сообщают[47] о наличии у них таких научных органов, в частности, межотраслевой рабочей группы или национального совета по вопросам питания, физической активности и образа жизни (например, Италия, Испания, Швейцария, Хорватия, Норвегия).

Программно-стратегические меры в области физической активности
Необходимость содействовать повышению уровня физической активности как важного фактора здоровья и благополучия неоспоримо подтверждается данными "Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г." в разделе "Уменьшение факторов риска, содействие здоровому образу жизни", в котором отсутствие физической активности ставится в один ряд с основными факторами риска, способствующими заболеваемости неинфекционными болезнями (НИБ) и смертности от них во всем мире. Согласно оценок, в масштабах всего мира отсутствие физической активности является причиной 1,9 миллионов случаев смерти (в 2000 г.) и потери 19 миллионов лет жизни с коррекцией на инвалидность (DALY) ежегодно, а также около 15–20% случаев ишемической болезни сердца, диабета и некоторых видов

[47]Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

рака[48]. Недостаточность физической активности влияет на глобальное бремя болезни либо непосредственно, либо через влияние на другие основные факторы риска, в частности, высокое кровяное давление, высокое содержание холестерина и ожирение. Наряду с недостаточностью физической активности табакокурение и плохое питание также являются ведущими факторами риска хронической болезни.

Возможности для физической активности имеются у людей на работе (особенно если работа связана с ручным трудом), при перемещениях (например, ходьба пешком или езда на велосипеде на работу), в быту (работа по дому или заготовка топлива, например, рубка дров) и на отдыхе (занятие спортом или физкультурой)[49].

В программно-стратегических мерах по содействию физической активности должны учитываться крупномасштабные меры в области городского планирования (устройство велосипедных дорожек, пешеходных маршрутов), транспорта и наличие условий на работе. С этой целью можно провести оценку воздействия на здоровье и окружающую среду и анализ затрат и выгод, который может показать, например, что предоставление инфраструктурных условий для велосипедистов и пешеходов может дать высокие соотношения выгод к затратам, если включить в анализ ожидаемые выгоды для здоровья от увеличения физической активности[50]. Кроме того, сопоставление стоимости различных объектов транспортной инфраструктуры может помочь наглядно показать приемлемость инвестиций в объекты для езды на велосипеде и ходьбы пешком. Например, оценки в Нидерландах показывают, что в то время, как один километр автомагистрали стоит порядка 9 миллионов евро, а один километр дороги для внутренних сообщений в стране стоит 4,5 млн. евро, строительство одного километра высококачественной велосипедной дорожки обойдется по крайней мере на порядок величины дешевле – около 0,45 млн. евро[51].

Программно-стратегические меры, содействующие повышению физической активности, предполагают обязанности многих секторов: градостроители могут разрабатывать такие меры, которые делают ходьбу, езду на велосипеде и другие формы физической нагрузки легкими и безопасными; школы могут следить за тем, чтобы дети ежедневно получали физическую нагрузку; меры на рабочих местах могут предусматривать физкультурные паузы, а спортивно-оздоровительные центры должны привлекаться к облегчению доступа к концепциям и принципам “Спорт для всех”. Общим результатом всего этого могло бы стать значительное повышение уровней физической активности на протяжении всей жизни.

Очень важным определяющим фактором для уровня физической активности является политика в области транспорта и землепользования. В последние 30 лет в Европе происходит устойчивый рост объемов транспортных перевозок и числа автомобилей. В Европейском Союзе пассажирские и грузовые перевозки за последние 25 лет выросли более чем в два раза, а число собственных автомобилей приближается к 1 на каждые два жителя. В странах Западной Европы на долю личных легковых автомобилей теперь приходится свыше 80% объемов дорожного движения, и такие же тенденции начинают появляться в странах с переходной экономикой. Общественный и

[48] The World Health Report: 2002.
[49] The World Health Report: 2002.
[50] Saelensminde, K. Walking and cycling track networks in Norwegian Cities – Cost-benefit analyses including health effects and external costs of road traffic. Institute of Transport Economics, Norway (2002) TOI report 567/2002 – (Norwegian language)
[51] CROW (undate): vlotter op de fiets. Beleidswijzer voor fietsvriendelijke infrastructuur. (Faster by bike. Policy guideline for cycle-friendly infrastructure

железнодорожный транспорт, который когда-то играл важную роль в Центральной и Восточной Европе, быстро уступает позиции частным автомобилям, что отчасти объясняется отсутствием инвестиций и технического обслуживания инфраструктуры и подвижного состава[52].

Бесконтрольный рост частного автотранспорта и беспорядочное расширение городов в сочетании с проблемами дорожной безопасности оказали сильное влияние на распространение малоподвижного образа жизни и не способствовали передвижению пешком и на велосипеде.

Например, в Соединенном Королевстве в период с 1972–1974 гг. по 1992 г. произошло общее сокращение на 20% средних расстояний, проходимых пешком средним человеком в год. Среди детей это сокращение составило 28%[53]. Такая же тенденция наблюдается и в отношении езды на велосипеде: теперь на долю велосипеда в Европейском Союзе приходится в среднем всего 5 % поездок, и только в Нидерландах (27%), Дании (18%) и Швеции (12,6%) эта доля превышает пороговое значение 10% от общих поездок всеми способами[54]. Кроме того, хотя распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей растет, объемы езды на велосипеде и ходьбы пешком (например, в школу и обратно) уменьшаются. В середине 80-х годов две трети британских детей в возрасте от 5 до 10 лет ходили в школу пешком, а более 6% детей в возрасте 11–16 лет ездили в школу на велосипеде. К концу 90-х годов эти цифры сократились: пешком в школу ходят чуть больше половины детей (5–10 лет), ездят на велосипеде менее 2% учеников (11–16 лет)[55]. С 1984 по 1994 год распространенность избыточной массы тела среди английских мальчиков увеличилась с 5,4% до 9,0%, а среди девочек с 9,3% до 13,5%. Соответственно увеличилась распространенность ожирения: до 1,7% среди мальчиков и до 2,6% среди девочек[56].

Сегодня существует широкое согласие в том, что для того, чтобы остановить и повернуть обратно эти тенденции, нужны объединенные действия разных секторов. Нужно, чтобы потребности здравоохранения были полностью интегрированы в политику в области транспорта и землепользования. Однако осуществление полномочий центральных и местных органов по развитию и изменению политики в области городской мобильности отнюдь не было облегчено разработкой решительных мер (т.е. имеющих юридическую силу) на международном уровне. Кроме того, очень мало внимания или вообще никакого внимания не уделяется инвестициям в создание безопасных инфраструктурных условий для велосипедистов и пешеходов. Лишь в последние годы была признана важность ходьбы и езды на велосипеде как составных элементов устойчивой мобильности в городах и на международном уровне приняты некоторые программные направления. Например, в Европейском Союзе в Зеленой книге под названием “Сеть для граждан: реализация потенциала общественного пассажирского транспорта в Европе” (COM(95)601) предлагается ряд способов поощрения использования и развития общественного транспорта, езды на велосипеде и ходьбы пешком в городах и в более широких урбанизированных районах. Кроме этого, в Белой книге “Европейская транспортная политика на 2010 год: время принимать решения”, в которой устанавливается единая для ЕС система стратегических целей и принципов в области транспорта, особо подчеркивается необходимость повышения безопасности велосипедистов и пешеходов. Это должно

[52] UNECE – WHO/EURO 2001
[53] Department of Transport, National Travel Survey: 1992/94. London: HMSO, 1995
[54] EU Transport in Figures – Statistical Pocket Book (2000)
[55] Noble (1999).
[56] Chinn and Rona (2001).

способствовать устранению самого важного отдельно взятого препятствия, мешающего распространению ходьбы пешком и езды на велосипеде. Эти программные направления согласуются как с Хартией о транспорте, окружающей среде и здоровье, так и с Пан-европейской программой в области транспорта, здравоохранения и окружающей среды, которые поддерживают идею создания (или воссоздания) условий для безопасной ходьбы пешком и езды на велосипеде.

Многие государства-члены сообщили[57] о государственной поддержке спорта, но не физической активности. Однако некоторые страны активно поддерживают и развитие физической активности. Например:

- План действий в поддержку физической активности посредством создания физкультурно-оздоровительных зон во всех учебных заведениях (например, Босния и Герцеговина).
- Европейская сеть содействия физической активности, способствующей укреплению здоровья (ФАУЗ)[58].
- Школы, способствующие укреплению здоровья[59].
- Создание безопасных условий для того, чтобы дети могли ходить в школу пешком (Израиль).
- Пешеходные программы для лиц пожилого возраста (например, местные власти г. Удине, Италия).
- Стратегия поощрения ходьбы пешком и езды на велосипеде, совместно с министерствами транспорта и охраны окружающей среды (Словения).
- Сотрудничество с министерством туризма (например, “оздоровительный туризм” в Словении, где создаются велосипедные и пешеходные маршруты для содействия физической активности; это считается не только стратегией в сфере транспорта, но и стратегией в сфере туризма).
- Перенос ответственности за физическую активность с центрального уровня на территориальный (например, в Словакии, где местными органами власти на территориальном уровне разработаны конкретные крупномасштабные меры, например, создание велосипедных маршрутов, и где специализированные спортивные базы остаются в ведении центрального правительства).
- Создание велосипедных дорожек посредством проектов “Здоровые города” (Чешская Республика).
- Национальная стратегия по развитию езды на велосипеде (Норвегия).

Следует отметить, что об указанных выше мерах сообщали главным образом респонденты из сектора здравоохранения. Однако есть и другие инициативы, осуществляемые другими секторами (например, местными транспортными органами, местными НПО), которые хотя и не ставят в качестве главной или заявленной цели содействие физической активности по медико-санитарным соображениям, на самом деле вносят вклад в достижение такой цели (например, мероприятия, проводимые немедицинскими НПО, такими как “Sustrans” в Соединенном Королевстве, которая

[57] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

[58] Возглавляемая Финским институтом UKK и состоящая из группы по разработке политики, информационной сети *"Европа в движении"* и группы пропаганды ходьбы как простого и безопасного способа повышения физической активности. Членами ФАУЗ являются Австрия, Бельгия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Ирландия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Испания, Швеция, Соединенное Королевство, Эстония, Исландия, Израиль, Словения и Швейцария.

[59] http://www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/ENHPS/Home

выступает лидером в программе “Безопасные дороги в школу”[60]). Необходимо активно стремиться к объединению усилий с такого рода инициативами, так как они могут быть весьма важными для объединения специальных технических знаний и опыта, ресурсов и возможностей более широкого охвата.

Во все секторы, программы и крупномасштабные меры должна быть включена оценка воздействия на здоровье (ОВЗ). ОВЗ представляет собой процесс, посредством которого выявляются как положительные, так и отрицательные воздействия на здоровье в результате осуществления программно-стратегических мер. Она включает в себя также рекомендации по улучшению таких мер, чтобы добиться максимальных выгод для здоровья населения[61]. ОВЗ – это активно-наступательный путь улучшения здоровья, содействия достижению равенства в вопросах здоровья и повышения прозрачности процесса принятия решений. ОВЗ обладает способностью предупреждать вред и максимально увеличивать выгоды в будущем. ОВЗ может проводиться с целью оценки перспектив какого-либо предложения и включать рекомендации о корректировке программных направлений для того, чтобы добиться больших выгод для здоровья.

Политика в области пищевых продуктов и питания

Многие европейские государства-члены используют Европейский план действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания (ППДП), утвержденный в 2000 г. Более половины из 51 государства - члена Европейского региона ВОЗ уже разработали или разрабатывают свои национальные Планы действий в области пищевых продуктов и питания. Эти планы служат основой, на которой можно строить более всеобъемлющие программно-стратегические меры по борьбе с ожирением и НИД и по их предупреждению. Например, включать в них стратегии в отношении физической активности.

Продовольственная и сельскохозяйственная политика (“Безопасность пищевых продуктов” как одна из опор ППДП) могла бы материально стимулировать и поддерживать производство и сбыт более здоровых пищевых продуктов. Например, производство фруктов, овощей и бобовых и других здоровых продуктов в сельскохозяйственном секторе; производство пищевых продуктов с пониженным содержанием жира и соли; сбыт и экспорт этих продуктов. К средствам стимулирования этого процесса относятся: разработка национальных планов действий в области пищевых продуктов и питания, государственная поддержка программ общественного питания и продовольственного благосостояния малоимущих, а также заключение контрактов с отечественными производителями пищевых продуктов, чтобы для них был обеспечен гарантированный рынок сбыта.

Учитывая то, что предстоит увеличение числа государств-членов ЕС почти вдвое, его сельскохозяйственная политика будет оказывать влияние на большинство стран Центральной и Восточной Европы. Директивы, касающиеся маркировки пищевых продуктов, критериев определения безопасности пищевых продуктов, требований в отношении конкретных агротехнических приемов и методов забоя скота, а также системы налогообложения оказывают влияние на характер продовольственного снабжения и в конечном счете на здоровье людей.

[60] См. http://www.saferoutestoschools.org.uk/ accessed on 25 March 2003

[61] Например, Breeze, C. H. & Lock, K (eds). 2001.; and: *Health Impact Assessment* Gothenburg consensus paper. WHO 1999.

Это иллюстрируется в новом аналитическом докладе Шведского института общественного здравоохранения[62] “Аспекты Единой сельскохозяйственной политики (ЕСХП) Европейского Союза, касающиеся общественного здравоохранения”. В этом документе делается вывод о том, что правила и системы, предусматриваемые ЕСХП, по-видимому, привели к таким последствиям для потребления, которые могут отрицательно сказываться на здоровье. Аналогичную работу проводит в настоящее время Словения, которая анализирует потенциальные последствия единой сельскохозяйственной политики после вступления в ЕС.

Государства-члены сообщили[63], что сельскохозяйственный сектор влияет на фактическое потребление пищи, питание и здоровье самыми различными путями. В целом в странах мало таких программных направлений сельскохозяйственной политики, которые способствуют производству здоровых пищевых продуктов (например, субсидирование молочных продуктов с пониженным содержанием жира и производства рыбы в Израиле[64]), и на сельскохозяйственную политику нечасто оказывают влияние методические указания и рекомендации в отношении питания. В некоторых странах имеются программы содействия потреблению овощей и фруктов в школах (Норвегия, Соединенное Королевство). Некоторые страны (например, страны Северной Европы и Балтии, Ирландия и Португалия) сообщили о наличии у них программ субсидирования скидок на молочные продукты в школах, а некоторых странах сюда входят молочные продукты с пониженным содержанием жира. В частности, Финляндия сотрудничала с ЕС в проекте включения молока пониженной жирности в программу обеспечения детей молоком в школах. Однако в странах ЕС сельскохозяйственная политика чаще всего содействует производству молочных и мясных продуктов повышенной жирности, тогда как овощи и фрукты становятся менее доступными и более дорогостоящими.

Во все секторы, программы и крупномасштабные меры должна быть включена оценка воздействия на здоровье (ОВЗ). ОВЗ – это активно-наступательный путь улучшения здоровья, содействия достижению равенства в вопросах здоровья и повышения прозрачности процесса принятия решений. ОВЗ обладает способностью предупреждать вред и максимально увеличивать выгоды крупномасштабных мер в области сельского хозяйства в будущем.

Многие страны Европейского региона высказали мнение[65] о том, что Codex Alimentarius должен в явной форме заняться вопросами здорового питания. Было указано, что Codex Alimentarius играет важную роль в выработке стандартов пищевых продуктов, в обеспечении безопасности и контроля качества пищевых продуктов в сельском хозяйстве, но мало используется для здорового питания.

[62] Schäfer Elinder 2003 www.fhi.se/english/eng_reports.asp

[63] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

[64] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

[65] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

Практическое осуществление: превращение политики в конкретные действия

Вопросы для обсуждения

- Каковы основные проблемы при разработке и обеспечении успешного осуществления планов действий в отношении фактического питания и физической активности?
- Каковы наиболее правильные цели для стратегического и оперативного планирования?
- Какова должна быть роль различных действующих лиц, включая средства массовой информации, НПО, частный сектор, научные круги и межправительственные органы?
- Какой требуется кадровый потенциал на центральном и местном уровнях (в том числе необходимость в подготовке кадров и потребность в информационных материалах, разработанных с учетом специфики аудитории)?
- Каковы наиболее действенные экономические инструменты (например, субсидии и налоги) и как их лучше всего использовать для улучшения фактического питания и повышения физической активности?
- Каковы наиболее действенные инструменты нормативного регулирования и как можно лучше всего добиться соблюдения нормативных требований (например, правил сбыта) для улучшения питания и повышения физической активности?

Процесс осуществления программно-стратегических мер должен строиться на систематической оценке потребностей (с целью выявления, например, технических и финансовых аспектов), а также на достоверных фактических данных. Для этого можно использовать существующие структуры, которые уже касаются многих аспектов питания и физической активности. Например, во многих странах разработаны национальные планы действий в области пищевых продуктов и питания, которые вполне могли бы послужить основой для решения проблем борьбы с ожирением и хроническими болезнями.

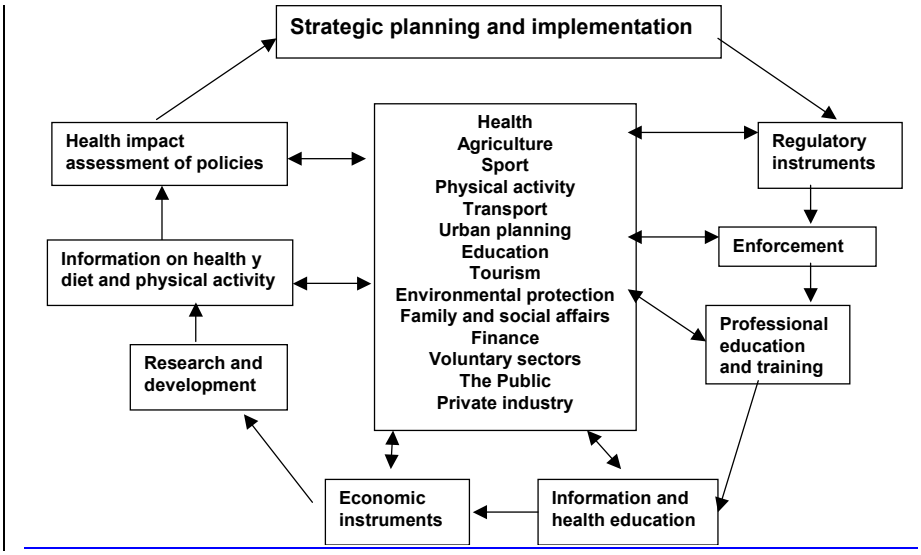
Можно было бы содействовать производству определенных пищевых продуктов посредством субсидирования или увеличения/снижения налогов на пищевые продукты. Государственные средства и субсидии можно также использовать для облегчения доступа бедных слоев населения к спортивно-оздоровительным объектам и сооружениям. Каждая страна могла бы проанализировать для себя вопрос о том, смогут ли финансовые меры привести к улучшению фактического питания населения. Привлечение к такому анализу министерства финансов и проведение анализа последствий ожирения и хронических болезней для государственных финансов может оказаться решающим фактором в принятии благоприятных долгосрочных налогово-бюджетных мер.

Государства-члены сообщают[66], что лица, формирующие политику в секторе здравоохранения, во многих странах Европейского региона в целом проявляют интерес к вопросам здоровья и питания, но не все настроены решительно на решение проблем. Например, выделяемые для сектора здравоохранения бюджетные средства не всегда направляются на программы по снижению распространенности НИБ, несмотря на то, что сокращение заболеваемости НИБ заявлено в качестве приоритета. Кроме

[66] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

того, некоторые европейские страны отмечают[67], что ни население, ни руководство не считают ожирение болезнью и что имеет место общее отсутствие понимания того, что имеется в виду под предупреждением. Возможности, создаваемые мерами вмешательства, которые предпринимаются по инициативе других секторов (например, инициатива транспортного сектора по созданию инфраструктуры для езды на велосипеде и ходьбы пешком), остаются во многом невостребованными или не признаются как таковые.

Рисунок 5. Сотрудничество секторов в разработке и осуществлении крупномасштабных мер в поддержку здорового питания и физической активности



Информация, образование и просвещение

Подготовка специалистов

Вопросы здорового питания и физической активности должны систематически включаться в учебные программы преддипломной и последипломной подготовки специалистов-медиков. Однако большинство стран сообщили об отсутствии или недостаточности предлагаемых материалов или выделяемого времени для изучения темы здорового питания и физической активности в программе вузовской подготовки медицинских работников. В программе последипломного образования слушатели, изучающие медицину, могут выбирать курсы по здоровому питанию и физической активности, но эти курсы часто являются факультативными. Одно из последствий такого положения проявляется в условиях клиники, где нет заведенного порядка, по которому медицинские работники консультировали бы клиентов по вопросам здорового питания и физической активности.

Кроме того, следует подумать о включении темы о важности физической активности, особенно ходьбы и езды на велосипеде, о ее пользе для здоровья и о необходимости создания условий для занятий этими видами физических упражнений в программы

[67] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

подготовки специалистов немедицинского профиля, таких как работники транспорта, городского планирования и инженерных специальностей. Это могло бы стать предпосылкой к тому, чтобы специалисты из других секторов лучше воспринимали эти проблемы и были лучше подготовлены к учету возможностей для занятия физкультурой при выполнении своей работы.

Научные исследования

Инвестиции в прикладные исследования, особенно в демонстрационные проекты на местном уровне с привлечением местных ресурсов, в сочетании с более активным участием научных работников в исследованиях, связанных с питанием и физической активностью, позволят строить политику на основе правильной информации, а лицам, формирующим ее, быть лучше информированными и дадут возможность создать кадры специалистов на центральном и местном уровнях.

Реклама и роль промышленности

Пищевой промышленности принадлежит важнейшая роль в обеспечении населения здоровой и приемлемой по стоимости пищей. Инициативы промышленных предприятий по снижению количеств соли, сахара и жиров и по пересмотру нынешних методов сбыта продукции могли бы ускорить процессы улучшения здоровья во всем мире. Сотрудничая с промышленностью, государственные органы могли бы проанализировать вопрос о том, как наилучшим образом стимулировать промышленность и розничную торговлю к увеличению инвестиций в разработку "здоровых идей" и в создание новых продуктов.

Один из путей оказания действенной поддержки здоровому образу жизни заключается в понимании того, как пищевая промышленность (и другие отрасли) влияет на политику и на поведение потребителей. По мере того, как страны к востоку от Европейского Союза открывают свои рынки, они представляют для пищевой, табачной и других отраслей промышленности новые возможности[68]. Процент проникновения транснациональных корпораций колеблется между странами в широких пределах – от 13,9% в России до 38,9% в Венгрии[69]. Может возникать разрыв между появлением новой рекламы и нормативных актов, регулирующих рекламу на новых рынках, что создает возможность рекламировать и сбывать такие продукты, как пищевые продукты быстрого питания, продукты из зерновых с высоким содержанием сахара и сигареты, прежде чем вступят в силу механизмы регулирования для защиты потребителя. Государствами-членами было отмечено[70], что интенсивная реклама и наличие в продаже пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, сахара и соли оказывает воздействие на пищевой статус населения, поэтому нужно прилагать больше усилий к пониманию всей глубины и широты этого воздействия.

Средства массовой информации

СМИ также могут служить весьма позитивным путем пропаганды здорового питания и повышения уровня физической активности. О некоторых примерах этого сообщали государства-члены: например, в странах Балтии и Северной Европы, когда проводится мероприятие, кампания или получен научный результат, заслуживающий внимания, средства массовой информации оповещаются об этом, ставятся в известность о сути вопроса и о значении полученного результата для здоровья населения. В то же время

[68] Euromonitor. *Quick—Service Restaurants in eastern Europe*. Euromonitor (August 2000).
[69] *Globalization, diets and noncommunicable diseases*. Geneva, World Health Organization, 2002.
[70] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

информированность населения варьирует в зависимости от уровня образования и социально-экономического уровня. Но даже и среди тех, кто понимает, что здоровое питание и физическая активность могут улучшить здоровье, многие не знают, как использовать эти знания для практических действий по улучшению собственного здоровья, а для многих здоровый выбор просто недоступен. Страны сообщили, что здоровые идеи пропагандируются по местному и центральному телевидению, в Интернете, по радио и в газетах. Нужны дополнительные исследования того, как использовать СМИ в положительных целях (например, посредством социального маркетинга), и выделение достаточных ресурсов для проведения такого позитивного маркетинга.

Отвечая на вопрос о том, известно ли населению, как важны здоровое питание и физическая активность (например, такая же информированность, как в случае курения), большинство стран указали, что в целом женщины осведомлены об этом лучше, чем мужчины, и взрослые осведомлены лучше, чем дети, и что в целом осведомленность о питании и физической активности не так высока, как осведомленность об опасности курения табака.

Службы здравоохранения и роль медицинских работников

Медицинские работники могут давать пациентам и их родственникам практические советы о пользе рационального питания и повышения уровней физической активности. Когда государствам-членам был задан вопрос[71] о том, дают ли службы здравоохранения в порядке обычной практики консультации пациентам о здоровом питании и физической активности, некоторые ответили, что официальных консультаций не дается (Мальта, Нидерланды), некоторые сообщили о наличии некоей сложной системы, включающей компьютеризованную оценку глобального риска для здоровья, при которой пациентам задаются стандартные вопросы о поведении, связанном с риском НИБ, и затем ответы на вопросы регистрируются (Израиль, Ирландия). Некоторые страны ответили, что вопросами ожирения и ССБ занимаются не обычные больницы, а специализированные центры (Италия, Греция). В Соединенном Королевстве принята система, при которой врачи первичного звена медико-санитарной помощи могут выписывать рецепт на занятия физкультурой. В некоторых странах вместе с врачами начинают работать диетологи (Турция). Однако в большинстве стран консультации по вопросам питания и физической активности даются службами здравоохранения от случая к случаю.

Необходимо оценить эффективность экономических инструментов (например, субсидий и налогов), инструментов законодательно-нормативного регулирования и методов принудительного исполнения нормативов (например, регулирующих сбыт и маркировку продукции и утверждения о ее пользе для здоровья).

[71] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

Надзор и оценка: измерение результатов и эффективности программно-стратегических мер

Field Code Changed

Вопросы для обсуждения

- Как можно лучше всего измерить эффективность мер вмешательства по содействию физической активности и улучшению питания?
- Как можно лучше всего оценить достижение желаемых результатов благодаря успешным мерам вмешательства?
- Как можно привести к единому виду определения показателей, чтобы лучше контролировать их и проводить сопоставления на международном уровне?
- Каковы признаки действенной системы надзора и как лучше обеспечить включение в нее профилактики НИБ и отчетности о факторах риска НИБ?
- Как лучше организовать работу служб здравоохранения для систематического сбора данных о НИБ?
- Какие другие механизмы имеются для сбора данных о распространенности и факторах риска НИБ?

Важнейшее значение имеет вложение средств в системы надзора за основными факторами риска и их чувствительностью к изменениям в направлениях политики и стратегиях. Они могут строиться на базе уже в определенной степени существующих кое-где систем. Следует уделять особое внимание уровням физической активности, отдельным компонентам фактического питания, а также уровням кровяного давления, сывороточного холестерина и глюкозы в крови и употребления табака. В нескольких европейских странах проводятся оценки физической активности на популяционном уровне[72]. Сюда входят:

- Общенациональные системы надзора, которые представляют регулярные доклады о структуре фактического питания и физической активности населения (о таких системах сообщили страны Балтии и Северной Европы, Швейцария, Италия, Соединенное Королевство).
- Обследования поведения школьников и взрослых, влияющего на здоровье (например, HBSC)[73].

Всего несколько стран собирают транспортную статистику о ходьбе пешком и езде на велосипеде, поскольку эти способы передвижения часто не считаются “настоящими” транспортными средствами. Отсутствие достоверной информации часто затрудняет контроль за распространенностью ходьбы пешком и езды на велосипеде и за действенностью вмешательств и инвестиций в этой области[74]. Поэтому нужны дополнительные исследования, чтобы выработать и принять единые определения показателей и улучшить или создать системы сбора этих показателей, чтобы можно было точнее сравнивать и контролировать их в международном масштабе.

Системы надзора могут определять количественно, приводит ли то или иное вмешательство к желательным изменениям в смертности или заболеваемости, но результаты достигаются лишь через несколько лет после реализации какого-либо

[72] Working groups on the Global strategy for diet, physical activity and health, WHO Nutrition Counterparts meeting, Athens, 26/02-02/03 2003

[73] Currie et al ‘Health and health behaviour among young people. WHO 2000

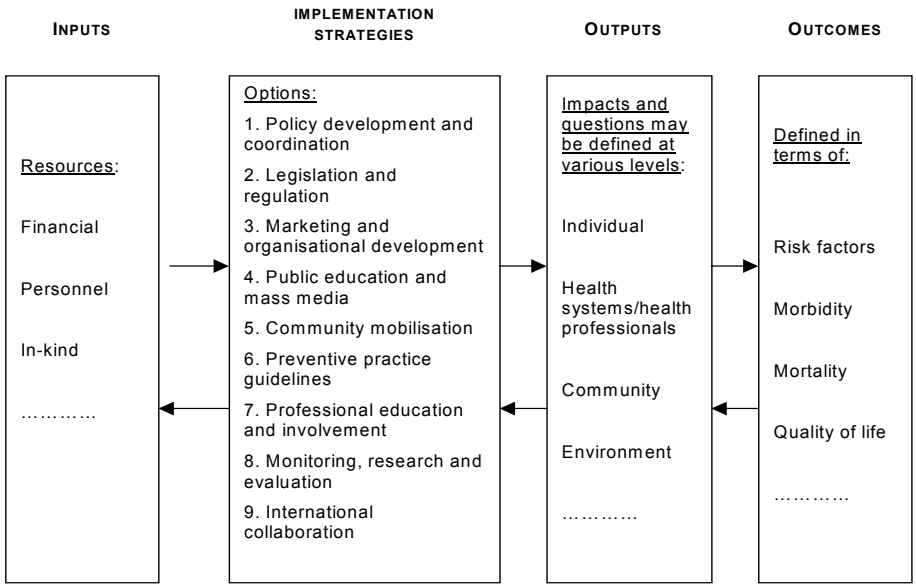
[74] OECD Safety of Vulnerable Road Users, 1998 (http://www.oecd.org/pdf/M000014000/M00014739.pdf accessed on 25 March 2003)

направления политики. А вот оценка процесса позволяет наблюдать, как идет реализация того или иного направления политики или вмешательства. Оценка процесса какой-либо медико-санитарной инициативы представляет собой оценку того, как эта инициатива достигает своего эффекта, включая оценку объема использованных ресурсов, и описание проведенных мероприятий и итогов (промежуточных итогов, ближайших последствий) этой инициативы[75]. Для каждого конкретного проекта или инициативы схема оценки процесса определяется рядом факторов[76], таких как:

- Общая цель проекта, а также конкретные задачи, стратегии и целевые группы населения.
- Масштабы и уровень оценки (в масштабе страны, территориальный или местный уровень).
- Стоимость и практическая целесообразность сбора различных видов данных.

Рисунок 6 заимствован из руководства CINDI по оценке процесса инициатив, связанных с борьбой с НИБ. На нем показано, как оценка процесса вписывается в более широкий контекст общей структуры оценки. Вводимые ресурсы и действия превращаются в результаты посредством стратегий осуществления, а облегчается этот процесс механизмом обратной связи между различными процессами, действиями на входе и результатами.

Рисунок 6. Структура оценки процесса



Источник: CINDI Handbook for Process Evaluation of NCDs. WHO 1999.

Еще одним полезным инструментом для лиц, формирующих политику, является издание ВОЗ “Оценка мер по укреплению здоровья”[77], в котором обобщены главные

[75] *Handbook for process evaluation in Noncommunicable Disease Prevention*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.
[76] *Handbook for process evaluation in Noncommunicable Disease Prevention*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.
[77] *Health Promotion Evaluation: Recommendations to policy makers*. WHO 1998.

особенности подходов, применимых для оценки инициатив по укреплению здоровья (участие заинтересованных сторон, множественность используемых методов, создание кадрового потенциала и соответствие конкретным условиям) (см. таблицу 1).

Таблица 1. Оценка мер по укреплению здоровья: выводы и рекомендации для лиц, формирующих политику

Выводы	*Рекомендации*
Те, кто имеет прямую заинтересованность в той или иной инициативе по укреплению здоровья, должны иметь возможность участвовать во всех этапах ее планирования и осуществления.	Поощряйте привлечение различных сторон к участию в оценке как метод, создающий подлинные возможности для участия всех тех, кто напрямую заинтересован в инициативах по укреплению здоровья.
На оценку инициатив по укреплению здоровья должно выделяться достаточно средств.	Требуйте, чтобы на проведение оценки выделялось не менее 10 % всех денежных средств, выделенных на инициативу по укреплению здоровья.
Инициативы по укреплению здоровья должны оцениваться как с точки зрения их процесса, так и сточки зрения результатов.	Добивайтесь того, чтобы для оценки инициатив по укреплению здоровья использовалась комбинированная информация, касающаяся и процесса, и результатов.
Использование рандомизированных исследований в контролируемых условиях для оценки инициатив по укреплению здоровья в большинстве случаев неоправданно, вводит в заблуждение и излишне дорого.	Поддерживайте использование совокупности методов для оценки инициатив по укреплению здоровья. Поддерживайте дальнейшие исследования и поиск правильных походов к оценке инициатив по укреплению здоровья.
Нужно готовить и беречь кадры специалистов по оценке инициатив по укреплению здоровья.	Поддерживайте формирование системы обучения и образования для создания кадров специалистов в области оценки инициатив по укреплению здоровья. Создавайте и поддерживайте возможности для обмена информацией о методах оценки, используемых в области укрепления здоровья, путем организации конференций, семинаров, сетей и др.

Источник: *Health Promotion Evaluation: Recommendations to policy makers.* WHO 1998.

Приложение 6. Существующие политические обязательства в отношении рациона и режима питания и физической активности

Был принят целый ряд обязательств в отношении общественного здравоохранения, утвержденных на глобальном и/или европейском уровне, в которых есть частично совпадающие направления работы, касающиеся снижения заболеваемости неинфекционными болезнями, и которые помогают проложить путь к глобальной стратегии в области рациона питания, физической активности и здоровья.

Резолюция WHA53.17 о профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними

Пятьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) в мае 2000 г. приняла резолюцию, в которой одобряется глобальная стратегия Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними. В стратегии основной упор делается на комплексной профилактике, направленной на три главных фактора риска: курение, нездоровый рацион питания и отсутствие физической активности.

Резолюция WHA55.23 о рационе питания, физической активности и здоровье

Пятьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2002 г. обсудила доклад секретариата и признала важность выработки общей платформы для действий в области рациона питания и физической активности в рамках комплексного подхода к профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними. В принятой Ассамблеей резолюции Генеральному директору предлагается разработать глобальную стратегию в области рациона питания, физической активности и здоровья.

После того, как 7 апреля 2002 г. успешно прошел Всемирный день здоровья под лозунгом “Движение ради здоровья”, в **Резолюции WHA55.23 “О рационе питания, физической активности и здоровье”**, принятой на 55-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2002 г.), государствам-членам ВОЗ рекомендуется проводить **“Ежегодный день движения ради здоровья”**.

Резолюции WHA54.2 (2001 г.) и WHA55.25 (2002 г.) о питании грудных детей и детей раннего возраста

В этих резолюциях содержится призыв к государствам-членам поощрять грудное вскармливание посредством, например, создания доброжелательной к родителям и детям атмосферы в больницах, а также усиливать свой контроль над сбытом заменителей грудного молока, опираясь на поддержку ВОЗ. (В 2002 г. ВОЗ опубликовала **Глобальную стратегию в области вскармливания грудных детей и детей раннего возраста**, в которой в общих чертах указываются действия, необходимые для укрепления здоровья маленьких детей).

“Повестка дня на 21-й век” и Конференция ООН по окружающей среде и развитию (1992 г.)

В 1992 г. устойчивое развитие было определено как такое развитие, которое удовлетворяет потребности нынешнего поколения без ущерба для способности будущих поколений удовлетворять свои потребности. В мероприятия, проводимые в государствах-членах в рамках “Повестки дня на 21-й век”, включено много программно-стратегических мероприятий из области укрепления здоровья.

Международная конференция по питанию (МКП), 1992 г.
На МКП в 1992 г. были приняты Всемирная декларация и План действий в области питания, которые затем целиком и полностью были утверждены на 46-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (резолюция WHA46.7). МКП была задумана как механизм для мобилизации усилий по повышению результативности проводимых во всем мире мероприятий, связанных с питанием.

Инноченти́йская декларация о защите, содействии в распространении и поддержке грудного вскармливания (1990 г.)
В Инноченти́йской декларации поставлен ряд задач по достижению оптимального здоровья грудных детей и матерей в государствах-членах, включая поддержку статей **"Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока"** и имеющих к нему отношение последующих резолюций Всемирной ассамблеи здравоохранения во всей их совокупности.

Codex Alimentarius
Несколько аспектов стратегии можно усилить, если использовать существующие международные нормативы и стандарты, такие как **Codex Alimentarius**, и вплотную заняться, например, транснациональными аспектами вреда и выгод рекламы и сбыта пищевых продуктов детям и увеличения доступа к фруктам и овощам. Все страны могли бы также извлечь пользу для себя из глобального наблюдения за основными факторами риска и тенденциями в потреблении, а также из международных научных исследований с целью изучения причин и протекания изменений в питании и отсутствия физической активности.

План действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания на 2000–2005 гг.
В сентябре 2000 г. 51 государство - член Европейского региона ВОЗ утвердили резолюцию (EUR/RC50/R8) о реализации Первого плана действий по реализации политики в области питания и пищевых продуктов. В этом Плане действий аргументировано доказывается необходимость объединения вопросов питания, безопасности пищевых продуктов и продовольственной безопасности в единую и всеохватывающую межсекторную политику и предлагается поддержка государствам в разработке, осуществлении и оценке такой политики. В Плане действий подчеркивается необходимость разработки политики в области пищевых продуктов и питания, которая направлена на охрану и укрепление здоровья и снижение распространенности заболеваний, связанных с пищевыми продуктами, одновременно способствуя социально-экономическому развитию и поддержанию устойчивой окружающей среды. В нем делается особый упор на взаимодополняющей роли, которую играют различные секторы в формировании и осуществлении такой политики.

Третья конференция министров по вопросам окружающей среды и здоровья, Лондон, 1999 г.
Министры здравоохранения и окружающей среды совместно подтвердили свою приверженность задачам улучшения доступа общественности к информации, обеспечения участия общественности в принятии решений и обеспечения доступа к социальной справедливости в вопросах здравоохранения и охраны окружающей среды. С принятием представителями министерств транспорта, здравоохранения и окружающей среды **Хартии по вопросам транспорта, окружающей среды и здравоохранения** создана принципиальная основа для увязывания потребности в повышении уровня физической активности для здоровья населения с возможностями, которые открывают ходьба пешком и езда на велосипеде в общей системе транспорта.

Цели Хартии реализуются в настоящее время посредством **Общеевропейской программы в области транспорта, здравоохранения и охраны окружающей среды (**THE PEP), принятой на второй встрече на высоком уровне по вопросам транспорта, окружающей среды и здравоохранения (2002 г.). В программе THE PEP оптимизируется и консолидируется деятельность ВОЗ и ЭКЕ ООН в сфере транспорта, охраны окружающей среды и здравоохранения и предусматривается создание нового межправительственного органа, в котором равноправно представлены эти три сектора. Это должно привести к более эффективному использованию ресурсов и улучшению координации усилий на международном и внутригосударственном уровнях.

Орхусская конвенция, 1998 г.
Страны, подписавшие Орхусскую конвенцию, которая была принята на Четвертой конференции министров окружающей среды "Окружающая среда для Европы", организованной Экономической комиссией Организации Объединенных Наций для Европы, согласились улучшить доступ общественности к информации, участие общественности в принятии решений и доступ к справедливости в вопросах окружающей среды.

Совет министров здравоохранения – две резолюции
Резолюция Совета от 14 декабря 2001 г. о здоровье и питании, см. *Official Journal of the European Communities* **C 20**,*23.1.2001*
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition-report_en.pdf
Совет по делам занятости, социальной политики, здравоохранения и потребителей. Выводы по проблеме ожирения. Декабрь 2002 г.
http://www.ibeurope.com/Database/6400/6430.htm#6435

Приложение 7: Программы Европейского регионального бюро ВОЗ, имеющие отношение к данной стратегии

Существует несколько программ Европейского регионального бюро ВОЗ, которые прямо или косвенно направлены на оказание помощи государствам-членам в снижении бремени неинфекционных болезней.

Питание и продовольственное обеспечение (NFS)
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/NUT/Home

Программа "Питание и продовольственное обеспечение" направлена на поощрение разработки национальных планов действий в области пищевых продуктов и питания, которые нужны для улучшения рациона питания и снижения распространенности неинфекционных заболеваний. Планы действий включают рекомендации о питании, основанные на пищевых продуктах, и стратегии питания грудных детей и детей раннего возраста и являются неотъемлемой частью национальной политики здравоохранения. Для оказания государствам-членам помощи в разработке и осуществлении национальных планов действий в области пищевых продуктов и питания ВОЗ разработала трехдневный учебный модуль по формированию межотраслевой политики в области пищевых продуктов и питания. Программа предусматривает поддержку в разработке систем информации о питании, в которых особо подчеркивается взаимосвязь между пищевыми продуктами, питанием и здоровьем, например, недостаточность микронутриентов (недостаточность йода и железа) и неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистые, рак, ожирение и диабет). Публикации, документы и семинары ВОЗ помогают разрабатывать стратегии пищевого вмешательства для улучшения здоровья и снижения младенческой смертности за счет здоровой пищи и здорового питания.

Программа комплексных вмешательств в масштабах страны в целях снижения заболеваемости неинфекционными болезнями (CINDI)
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CINDI/Home

Программа комплексных вмешательств в масштабах страны в целях снижения заболеваемости неинфекционными болезнями (CINDI) осуществляется с целью улучшения здоровья и качества жизни в населенных пунктах и местных общинах путем сокращения числа случаев преждевременной смерти, заболеваемости и нетрудоспособности от основных неинфекционных болезней, включая сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные заболевания, несчастные случаи, диабет и психические расстройства. Цель программы состоит в том, чтобы дать возможность государствам-членам разработать меры комплексной профилактики и укрепления здоровья в рамках своих систем первичной медико-санитарной помощи, чтобы тем самым снизить заболеваемость за счет уменьшения обычных факторов риска и создать действенные механизмы и методики сотрудничества для осуществления этих мер. Программа СИНДИ предлагает участвующим в ней странам комплексный подход к мероприятиям по профилактике и борьбе с факторами риска (такими как курение, повышенное кровяное давление, повышенное содержание холестерина в крови, ожирение и чрезмерное потребление алкоголя) и по изучению их социальных и экологических детерминантов. СИНДИ привлекает к использованию знания, существующие в странах-участницах: вначале в демонстрационных проектах в небольших районах, а затем в масштабах всей страны. Кроме того, страны-участницы программы образуют сеть, в рамках которой они могут обмениваться опытом разработки собственных национальных программ.

Несчастные случаи, транспорт и здоровье
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/TRT/Home

Европейские страны сталкиваются с проблемой взаимоисключающих потребностей различных направлений политики в области транспорта. Хотя транспорт и играет ключевую роль в экономике, растет озабоченность в связи с вредом, который причиняют здоровью и окружающей среде нынешние направления политики в области транспорта, и в связи с социальной устойчивостью этих направлений. Содействие здоровым и устойчивым альтернативам в сфере транспорта позволяет предупреждать негативное воздействие системы перевозок на здоровье человека. С этой целью межотраслевое сотрудничество и политические обязательства на высоком уровне должны создавать предпосылки для того, чтобы при формировании направлений транспортной политики учитывались вопросы охраны здоровья. В соответствии с поручением Третьей конференции министров по вопросам окружающей среды и здоровья (1999 г.), на которой была принята Лондонская хартия по вопросам транспорта, окружающей среды и здравоохранения, программа по транспорту содействует переориентации нынешних стратегий на полный учет последствий транспортной политики для развития, окружающей среды и здоровья, на усиление внимания вопросам разработки методов и средств оценки воздействия на здоровье (ОВЗ), чтобы помочь государствам-членам определять и осуществлять программные мероприятия по повышению полезной для здоровья подвижности; разрабатывать политику в области транспорта, благоприятствующую здоровью и окружающей среде; содействовать распространению здоровых видов транспорта. В программе уделяется особое внимание расширению возможностей повышения уровня физической активности посредством создания условий для безопасной ходьбы и езды на велосипеде. С момента второй встречи на высоком уровне по вопросам транспорта, окружающей среды и здравоохранения (2002 г.) программа функционирует совместно с ЭКЕ ООН в реализации Общеевропейской программы в области транспорта, здравоохранения и охраны окружающей среды **(**THE PEP). Программа THE PEP служит принципиальной основой для проведения конкретной работы в приоритетных направлениях, определенных для совместных действий в сфере транспорта, окружающей среды и здравоохранения, в обновленных рамках процессов выполнения положений Венской декларации и Лондонской хартии.

Города здоровья и городское управление
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HCP/Home

Непременной составной частью любой общегосударственной или территориальной стратегии или программы в области здравоохранения и устойчивого развития является работа на местном уровне. Проект “Города здоровья” служит для центральных правительств и местных органов власти средством решения вопросов, связанных со здравоохранением, таких как бедность и социальная отверженность, загрязнение окружающей среды и устойчивое развитие, образ жизни и условия жизни, обеспечение ухода и социальной поддержки, городское планирование и транспорт, а также особые потребности уязвимых групп.

Используя Европейский центр ВОЗ по проблемам городского здравоохранения, ВОЗ непосредственно работает с местными органами власти через сеть городов, заинтересованных в проекте, и национальные сети для повышения уровня заинтересованности и содействия изменениям, обеспечивая сильное

руководство, стратегическое управление, создание кадрово-организационного потенциала и систем неформального обмена информацией для достижения целей, поставленных в ее программе "Города здоровья и городское управление". В программе участвуют 1300 городов, объединенных в 31 национальную и региональную сеть городов здоровья Европы. Имеется великое множество инициатив городов в области питания/рациона питания и физической активности/здорового образа жизни.

Европейская сеть школ, содействующих укреплению здоровья
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ENHPS/Home

Тысячи школ по всей Европе в настоящее время связаны с Европейской сетью школ, содействующих укреплению здоровья (ЕСШУЗ) через свои общегосударственные или региональные программы. Главная цель программы состоит в создании систематического процесса развития школ, способствующих укреплению здоровья. Это достигается путем создания необходимых кадров и организационной структуры в секторах здравоохранения и образования, с помощью которых школы могли бы получать поддержку в улучшении и охране благополучия учеников, педагогов, вспомогательного персонала и всего местного населения в целом. Школы, способствующие укреплению здоровья, считают своим долгом способствовать укреплению здоровья путем создания безопасной и благоприятной для здоровья социальной и физической среды для жизни и учебы. Центральное место в этой модели занимает молодой человек, который рассматривается как целостная личность внутри динамичной среды. Подобный подход создает чрезвычайно позитивный и благожелательный школьный климат, который может иметь сильное влияние на молодых людей. Принимая на вооружение подходы, характерные для школ, способствующих укреплению здоровья, школы могут воспитывать у учеников систему ценностей и взглядов на самих себя и на свое здоровье в самом широком смысле и, таким образом, влиять на решение, которое они могут принять в отношении собственного здоровья. Здоровые, хорошо образованные молодые люди могут помочь уменьшить проявления несправедливости в обществе и тем самым внести свой вклад в укрепление здоровья и благополучия населения в целом.

Здоровье и развитие детей и подростков
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHD/Home

Программа помогает европейским государствам-членам принимать надлежащие меры по обеспечению полного осуществления статей Конвенции ООН о правах ребенка, касающихся здоровья. Программа сосредоточена на трех главных направлениях, а именно: содействие внедрению эффективного перинатального ухода; инициатива, предпринятая для содействия внедрению необходимой технологии родовспоможения и неонатального ухода и грудного вскармливания; комплексное ведение болезней детства – стратегия, выработанная ВОЗ и ЮНИСЕФ, которая предусматривает наличие методических указаний по лечению наиболее распространенных болезней детства, а также профилактические меры и улучшение практики работы с семьями и с местным населением; охрана здоровья и интересов детей, т.е. поддержка стратегий профилактики и охраны здоровья с особым акцентом на психосоциальные детерминанты здоровья. Практическая работа по этой программе ведется через вмешательства на уровне страны и в масштабах

нескольких стран, экспериментальные проекты и предоставление обязательных пакетов материалов для обучения кадров, мониторинга и оценки эффекта.

Здоровье и окружающая среда детей (CHE)
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHE/Home

Программа "Здоровье и окружающая среда детей" направлена на защиту права детей жить и расти в такой среде, которая дает им возможность достичь своего максимального уровня здоровья. Этой цели программа добивается путем координации деятельности в Европейском регионе и участия в решении проблем глобального общества, а также выполнения работ по реализации рекомендаций Третьей конференции министров по вопросам окружающей среды и здравоохранения (1999 г.). Рост опасных факторов там, где живут дети, вызывает растущую озабоченность по поводу влияния ухудшающейся окружающей среды на их здоровье. Дети особенно уязвимы перед загрязнением окружающей среды, а специфический характер картины воздействия на них делает их подверженными более сильным воздействиям. Хотя здоровье детей в Европейском регионе ВОЗ в настоящее время в целом удовлетворительно, то и дело раздаются тревожные сигналы. К таким сигналам относятся возвращение ранее контролируемых заболеваний (например, дифтерия и туберкулез), рост хронических заболеваний (например, астмы и аллергических расстройств) и появление заболеваемости болезнями, вызываемыми злоупотреблением различными веществами, травмами и психическими расстройствами. Отрицательное воздействие на здоровье детей также является следствием растущего социально-экономического неравенства в регионе, вооруженных конфликтов, эксплуатации детского труда и сексуальной эксплуатации несовершеннолетних.

Здоровая старость
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEA/Home

Старение с сохранением активности представляет собой процесс оптимизации возможностей для поддержания здоровья, участия в жизни общества и обеспечения безопасности в целях обеспечения качества жизни по мере того, как люди стареют. Европейское бюро ВОЗ уделяет особое внимание вопросам, связанным с сохранением активности в процессе старения, т.е. усилению защиты интересов этой категории людей при разработке и осуществлении политики, содействию здоровому образу жизни, снижению угроз для здоровья и повышению качества жизни, поскольку старение будет создавать для всех стран Европейского региона ВОЗ все больше экономических и социальных проблем. В то же время люди старшего возраста – это ценнейший, хотя и часто игнорируемый ресурс, который вносит важный вклад в социально-экономическое устройство нашей жизни. Европейское региональное бюро ВОЗ помогает лицам, формирующим политику, решать возникающие в этой связи вопросы, в том числе вопросы о том, как помочь людям старшего возраста сохранить свою самостоятельность и активность; как находить правильное соотношение между ролью семьи и ролью государства в уходе за стариками, нуждающимися в помощи; как улучшить качество жизни в старости. Здесь необходим межсекторный подход. Например, городские власти могут наладить хорошее освещение улиц, чтобы по ним можно было безопасно ходить, и соответствующие системы транспорта, а службы организации досуга могут

предложить программы физических упражнений, которые помогают пожилым людям поддерживать или восстанавливать подвижность.

Безопасность пищевых продуктов
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/FOS/Home

Программа безопасности пищевых продуктов направлена на то, чтобы обеспечить правильный сбор и распространение информации о безопасности пищевых продуктов как основы для выработки политики и контроля качества. Регулярно обновляются методические указания и рекомендации о здоровье, чтобы помочь странам в получении новейших знаний; независимый международный орган выполняет функцию защиты интересов общественного здравоохранения в противодействии могущественным экономическим интересам в сферах производства, розничной торговли и глобального сбыта и рекламы пищевых продуктов. Загрязнение пищевых продуктов является весьма распространенным явлением в Европейском регионе, даже в самых развитых странах, а в нескольких государствах-членах болезни пищевого происхождения приобрели характер эпидемии. Возникающие новые проблемы, такие как губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота, энтерогеморрагическая *Escherichia coli*, штаммы, устойчивые к многим лекарственным препаратам, и генетически модифицированные организмы, вызывают дополнительную тревогу как у общественности, так и у лиц, принимающих решения.

Предоставление медико-санитарной помощи
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HCD/Home

Для облегчения принятия решений на основе полной информации программа предоставления медико-санитарной помощи собирает и обобщает данные и факты о стратегиях реформирования служб медико-санитарной помощи и об организации осуществления реформ. Перед программой поставлена задача определять пути совершенствования служб и более эффективного планирования и использования кадров. В рамках программы осуществляются проекты в области комплексной медико-санитарной помощи, первичной помощи, организации работы стационаров, больниц, способствующих укреплению здоровья, служб неотложной медицинской помощи и телемедицины.

Программа гендерного равноправия

Конечной целью программы гендерного равноправия является достижение большего гендерного равноправия. У женщин есть преимущество: биологически они более устойчивы к болезням. Но они же находятся в невыгодном положении из-за более низкого социального статуса и меньшего доступа к материальным благам. Таким образом, для мужчин и женщин характерны в некоторой степени разные модели нездоровья. Это объясняется биологическими различиями между мужчинами и женщинами, репродуктивной функцией женщин и тем фактом, что их стиль жизни и факторы риска различны вследствие различия их гендерной роли, социально-экономического статуса и доступа к ресурсам. Программа гендерного равноправия нацелена на то, чтобы создать в государствах-членах кадровый и организационный потенциал для выявления и преодоления гендерного неравенства в планировании, реализации и оценке крупномасштабных мероприятий и программ в области здравоохранения. Программа организована в форме инициативы,

затрагивающей все направления деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ. Программой проводится гендерный анализ проблем ВИЧ/СПИД, туберкулеза, вакцинации, жестокого обращения с детьми и невыполнения обязанностей по отношению к ребенку, а также психического здоровья. Это позволит лицам, формирующим политику, руководителям служб здравоохранения и медицинским работникам иметь необходимые им данные и факты о проявлениях гендерного неравенства в различных сферах здравоохранения, поможет им интегрировать гендерную проблематику в свою работу. Кроме того, совместно с государствами-членами Программа гендерного равноправия в настоящее время выявляет факторы, влияющие на успех интегрирования гендерной проблематики в некоторые существующие направления политики здравоохранения. Программа гендерного равноправия имеет целью предоставлять консультации странам, которые в настоящее время планируют и осуществляют политику, учитывающую гендерные вопросы. Программа также включает разработку методических указаний в отношении включения гендерных вопросов в программы в сфере здравоохранения на уровне страны. Вопросы неравенства решаются в программе с особым акцентом на здоровье женщин, на женщин-мигрантов, на насилие по гендерному признаку, а также на торговле женщинами.

Сеть регионов здоровья
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/RHN/Home

“Сеть регионов здоровья” (СРЗ) – это одна из многих сетей, организованных через Европейское региональное бюро ВОЗ. Дополняя работу, проводимую на общегосударственном уровне, СРЗ оказывает поддержку разработке программ и стратегий, направленных на улучшение здоровья на уровне непосредственно ниже общегосударственного. Члены СРЗ ведут работу по защите интересов регионов, участвуя в общеевропейских сетях в качестве членов и наблюдателей, оказывают поддержку регионам в странах, вступающих в ЕС, сотрудничают в вопросах развития региональных систем здравоохранения и информационных систем, предоставляют помощь нынешним членам сети, которым нужна помощь, и способствуют установлению связей между регионами по вопросам, представляющим взаимный долгосрочный интерес. Члены СРЗ содействуют достижению высокого качества и эффективности в своих регионах путем обмена опытом и передовыми методами работы. С этой целью мы договорились обмениваться идеями и опытом по вопросам структур, процессов и кадров, необходимых для ведения работы в различных секторах с целью создания новых союзов в интересах здоровья, и открыто обсуждать некоторые препятствия и угрозы для подобного похода. Заинтересованные члены сети сотрудничают в духе солидарности в реализации конкретных проектов, целью которых является достижение положительных перемен в интересах укрепления здоровья на региональном и местном уровне.

Репродуктивное здоровье/беременность
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/RHP/Home

Цель программы состоит в снижении материнской и младенческой смертности и заболеваемости и в охране здоровья матерей, детей и молодежи путем: усиления использования основанных на научных данных мер вмешательства в репродуктивное здоровье на уровне первичной медико-санитарной помощи; применения стратегий, направленных на укрепление интересов

репродуктивного здоровья в политике и практической деятельности вне сферы здравоохранения; борьбы за реализацию связанных со здравоохранением разделов конвенций ООН в политике здравоохранения и в системе медико-санитарной помощи. Программа призвана помогать государствам-членам в выработке политики и стратегий и предлагать технические меры вмешательства и конкретные наборы средств для развития инфраструктуры и кадрово-организационного потенциала.

Приложение 8. Перечень справочно-информационных документов

GLOBAL

Annual Global Move for Health Initiative: A Concept Paper. Geneva, World Health Organization, 2003. English:
http://www.who.int/hpr/physactiv/docs/concept_paper_english.pdf;
French: http://www.who.int/hpr/physactiv/docs/concept_paper_french.pdf;
Russian: http://www.who.int/hpr/physactiv/docs/concept_paper_russian.pdf

CATFORD, J. Promoting healthy weight—the new environmental frontier. *Health Promotion International* **18**(1): 1-4, 2003.

Consultation document to guide the development of a WHO global strategy on diet, physical activity and health.
English: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/consultationdocument.pdf;
French: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/consultation_document_french.pdf;
Russian: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/consultation_document_russian.pdf

Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical report Series 916. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation. Geneva, World Health Organization, 2003. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf

GILLMAN, M. W. Breast-feeding and obesity. *The Journal of Pediatrics* **141**(6): 749-50 (2002).

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO/UNICEF. Draft January 2003

Globalization, Diets and Noncommunicable Diseases. Geneva, World Health Organization, 2002. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/globalization.diet.and.ncds.pdf

Health and Development through physical activity and sport. Geneva, World Health Organization, 2003. http://www.who.int/hpr/physactiv/docs/health_and_development.pdf

Move for Health World Health Day 2002 report
http://www.who.int/hpr/physactiv/docs/whd_2002_report.pdf

WHO process for a Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.
English: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/GlobalStrategy.pdf
Russian: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/GlobalStrategyRussian.pdf;

World Health Assembly resolution on Diet, physical activity and health (WHA55.23)
http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ewha5523.pdf

World Health Assembly resolution on Prevention and control of noncommunicable diseases (WHA 53.17) http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA53/ResWHA53/17.pdf

World Health Organization process for a Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, September 2002

WORLD HEALTH REPORT. *Reducing risks, promoting healthy life*. WHO Geneva 2002. ISBN 92 4 156207 2. http://www.who.int/whr/en/

REGIONAL

A physically active life through everyday transport, with a special focus on children and older people, and examples and approaches from Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002. http://www.euro.who.int/document/e75662.pdf

Children and young people – the importance of physical activity. European Heart Health Initiative, December 2001.
http://www.ehnheart.org/pdf/phyactivity.pdf

CINDI Dietary Guide. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
http://www.euro.who.int/Document/E70041.pdf

CURRIE C. ET AL. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 1)
http://www.ruhbc.ed.ac.uk/hbsc/download/hbsc.pdf

First action plan for food and nutrition policy in the WHO European Region, 2000-2005. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (EUR/01/5026013). (Available in English, French, German and Russian). http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf

JENSEN, B. B. & SIMOVSKA, V. (ED.) *Models of health promoting schools in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.

KOLIP P. & SCHMIDT B. *Gender and Health in Adolescence*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents. Issue 2). http://www.who.dk/document/e66082.pdf

LAMPRECHT, M. & STAMM, H. *Physical activity, sports and health in the Swiss population*. Secondary analysis of data collected through the 1997 Swiss health questionnaire conducted on behalf of the Swiss Federal Office for Sports1. Executive Summary. March 2000.

MARTIN, B., ET AL. Economic benefits of the health-enhancing effects of physical activity: first estimates for Switzerland. *Schweiz Z Sportmed Sporttraumatol*, **49** (3): 131-133 (2001)

Progress report on the First action Plan for food and nutrition policy in WHO European Region 2000-2005. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/02/5035234).
http://www.euro.who.int/Document/E79034.pdf

SAELENSMINDE, K. *Summary: Walking- and cycling track networks in Norwegian cities. Cost- benefit analyses including health effects and external costs of road traffic*. Institute of Transport Economics, 2002 (Report 567/2002).

SCHÄFER ELINDER L. *Public health aspects of the EU Common Agricultural Policy. Developments and recommendations for change in four sectors: Fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco*. Sweden, National Institute of Public Health 2003.

Summary: Food and Health in Europe: a new basis for action. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003. http://www.euro.who.int/document/e78578.pdf

THE WHO EUROPEAN HEALTH REPORT 2002. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (WHO Regional Publications, European Series, No. 97). http://www.euro.who.int/document/e76907.pdf

TOSCHKE,A.M. ET AL. Overweight and obesity in 6- to 14-year-old Czech children in 1991: Protective effect of breast-feeding. *The Journal of Pediatrics* **141**(6): 764-9 (2002).

Transport, environment and health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 89). http://www.euro.who.int/document/e72015.pdf

Приложение 9. Библиография

Cost-effective evaluations of policies to increase the consumption of fruit and vegetables to reduce cancer. Report 4/98. Oslo: Statens Räd for Ernaering og Fysisk Aktivitet, 1998. (Original in Norwegian).

A Pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health. Institute of European Food Studies. IEFS: Trinity College, Dublin (1999).

A physically active life through everyday transport, with a special focus on children and older people, and examples and approaches from Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.

Active living in the city, Multi-City Action Plan on Active Living, WHO Healthy Cities, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.

ASTRUP, A. Healthy lifestyles in Europe; prevention of obesity and type II diabetes by diet and physical activity. *Public health nutrition*, **4**(2B): 499–515 (2001).

BARTON H & TSOUROU C, *Healthy Urban Planning*, New York, Taylor & Francis, 2001.

BREEZE, C. H. & LOCK, K (ED). *Health Impact Assessment as part of strategic environmental assessment.* A review of Health Impact Assessment concept, methods and practice to support the development of a protocol on Strategic Environmental Assessment to the Espoo Convention, which adequately covers health impacts. Geneva, World Health Organization, 2001.

CHINN, S., RONA, R.J. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974-94. British Medical Journal **6**: 522-24 (2001).

Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques, published by WHO Healthy Cities, financially co-funded by the DG Environment of the EU, 2002

Comparative and situation analysis of food and nutrition policies in the WHO European Region. DRAFT. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, December 2002.

CROW: *vlotter op de fiets. Beleidswijzer voor fietsvriendelijke infrastructuur*. (Faster by bike. Policy guideline for cycle-friendly infrastructure, The National Information and Technology Centre for Transport and Infrastructure. (www.crow.nl, Accessed 3 September 2003)

CURRIE C. ET AL. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe , 2000 (WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, Issue 1).

Determinants of the burden of disease in the EU. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997.

DETOURNAY B. ET AL. Obesity morbidity and health care costs in France: an analysis of the 1991-1992 Medical Care Household Survey. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders,* **24**(2): 151-5 (2000).

Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint FAO/WHO consultation. Geneva, World Health Organization 2003 (WHO Technical report series 916).

EU Transport in Figures – Statistical Pocket Book (2000) European Commission Directorate-General for Energy and Transport in co-operation with Eurostat

Quick—Service Restaurants in eastern Europe. Euromonitor, August 2000.

Food-based dietary guidelines in WHO European Member States. Final draft. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, December 2002.

Globalization, diets and noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2002.

GUNDGAARD, J. ET AL. *Evaluation of Health Economic Consequences of an increased intake of fruit and vegetables*. (original in Danish). Odense, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet, January 2002.

Handbook for process evaluation in Noncommunicable Disease Prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.

Health Promotion Evaluation: Recommendations to policy makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.

HOLTERMAN, M. & NOUT, S.M. *The economic benefit of breast feeding in the Netherlands*. Amsterdam, Vrije Universiteit, 1998.

How do you sell death, Campaign for Tobacco Free Kids.

Incidence économique des effets de l'exercice physique sur la santé. Berne, Office Fédéral du Sport, 2001 (www.baspo.ch/f/aktuell/medien/archiv/studie.htm .accessed 18 March 2002).

International Obesity Task Force 2002 www.iotf.org/childhood/euappendix.htm

Kaiser Permanente Study. *Cost of NOT breastfeeding*: Kaiser Permanente Study. 1997. Available at http://www.visi.com/~artmama/kaiser.htm. (Accessed 17 March 2003).

KENKEL D.S. & MANNING W. Economic evaluation of nutrition policy. Or there's no such thing as a free lunch. *Food Policy*; **24**:145-162 (1999).

KISS, E. ET AL. Prevalence of Cigarette Smoking Among Secondary School Students - Budapest, Hungary, 1995 and 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, CDC, **49**(20): 438-441 (2000) http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4920a2.htm (Accessed 19 March 2003)

KLERK M. ET AL. *Fruits and vegetables in chronic disease prevention. Part II: Update and extension* (literature up to early 1998). Wageningen Agricultural University; 1998.

KOHLMEIER L. ET AL. *Ernahrungsabhangige Krankheiten und ihre Kosten*. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft; 1993.

KURSCHEID, T. & LAUTERBACH, K. The cost implications of obesity for health care and society. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders,* **22** (suppl.1): S3-S5 (1998).

LEVY, E. ET AL The economic cost of obesity: the French situation. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders,* **19**: 788-792 (1995);

LIU J.L. ET AL The economic burden of coronary heart disease in the UK. *Heart,* **88** (6): 597-603 (2002).

MAFFEIS, C. & TATO, L. Long-term effects of childhood obesity on morbidity and mortality. *Hormone Research,,* **55** Suppl 1: 42-5 (2001).

MAGNUS, P. & BEAGLEHOLE, R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics: time to end the 'only 50%' claim. *Archives of Internal Medicine,* **161**(22): 265 7-60 (2001).

MÜLLER M.J. ET AL. Physical activity and diet in 5 to 7 years old children. *Public Health Nutrition*, **2** (3a): 443-444 (1999).

National Travel Survey: 1992/94. Department of Transport. London: HMSO, 1995

NICKLAS, T.A. ET AL. Tracking serum lipids and lipoproteins from childhood to dyslipidemia in adults: The Bogalusa Heart Study. *International Journal of Sports Medicine*, **23** Suppl 1: S39-43 (2002).

NOBLE, B. *Walking and Cycling in Great Britain*. Transport trends 1999 Edition. The Stationary Office (1999).

Obesity - Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization; 1998 (WHO Technical Report Series 894).

PRENTICE, A.M. & JEBB, S.A. Obesity in Britain: gluttony or sloth? *British Medical Journal* **311**(7002): 437-9 (1995).

ROBERTSON, A. ET AL. *Food and Health in Europe: A New Basis for Action.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Forthcoming 2003.

SAELENSMINDE, K. *Walking and cycling track networks in Norwegian Cities – Cost-benefit analyses including health effects and external costs of road traffic*. Institute of Transport Economics, Norway, 2002 (TOI report 567/2002) – (Norwegian language)

Safety of Vulnerable Road Users, OECD 1998 (http://www.oecd.org/pdf/M000014000/M00014739.pdf accessed on 25 March 2003)

SCHÄFER ELINDER, L. *Public health aspects of the EU Common Agricultural Policy. Developments and recommendations for change in four sectors: Fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco*. Sweden, National Institute of Public Health 2003.

SEIDELL, J.C. & DEERENBERG, I. Obesity in Europe: prevalence and consequences for use of medical care. *PharmacoEconomics*, **5**(Suppl 1):38-44 (1994).

SJÖSTRUM L. ET AL. Costs and benefits when treating obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord,* **19** (suppl.6): S9-S12 (1995).

STAMLER, J. ET AL. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and non-cardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *JAMA* **282**: 2012-2018 (1999).

Tackling obesity in England. National Audit Office. London, The Stationery Office, 2001

The European Health Report: 2002. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.

The Global Burden of Disease Study, Geneva, World Health Organization 2002 http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm (Accessed 19 March 2003)

The World Health Report: 2002. *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, World Health Organization, 2002.

United Nations Economic Commission for Europe – Overview of Instruments Relevant to Transport, Environment and Health and Recommendations for Further Steps (2001). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001. http://www.euro.who.int/document/trt/advreport1.pdf

VEER, P. ET AL. Fruit and vegetables in the prevention of cancer and cardiovascular disease. *Public Health Nutrition* **3**(1): 103-107 (2000).

VUORI, I.M. Health benefits of physical activity with special reference to interaction with diet. *Public Health Nutrition,* **4**(2B): 517-28 (2001).

WHO EUROPEAN CENTRE FOR HEALTH POLICY. *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach, Gothenburg consensus paper*. 1999. Available at: http://www.who.dk/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf (Accessed 19 March 2003).

WOLF, A.M. & COLDITZ G.A. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obesity Research*, **6**(2): 97-106 (1998).

World Health Day 2002: Move for Health Report. Geneva, World Health Organization, 2002.

Выражения благодарности

Выражаем искреннюю благодарность государствам-членам, принявшим участие в консультативной встрече, и особенно делегатам, чье участие и вклад в процесс подготовки и проведения встречи способствовали ее успеху. Особую благодарность хотелось бы выразить председателям – г-же Арнхильд Хаге Риместад и д-ру Йожице Маучеч-Закотник, секретарю-докладчику г-ну Брайану Брогану, председателям рабочих групп – профессору Йаапу Сейделлю, доценту Владимиру Кендровски, г-ну Крису Фитцджеральду и доценту Зигмунду Андерссену, секретарям-докладчикам рабочих групп – г-же Мэри Эллисон, д-ру Улле Хёллунд, д-ру Дорит Калуски и д-ру Габору Зайкашу.

Мы благодарны сотрудникам Штаб-квартиры ВОЗ д-ру Пекке Пуска, г-же Амалии Ваксман и г-же Ингрид Келлер за их неоценимую помощь и вклад в процесс организации консультативной встречи, а также г-же Шейле Пул за ее ценный труд по составлению материалов, представленных на встрече.

За техническое содержание европейского справочно-аналитического документа и процесс подготовки консультативной встречи отвечала специально назначенная рабочая группа Европейского регионального бюро ВОЗ. Председатель специальной рабочей группа д-р Гаик Никогоссян был координатором всей деятельности по руководству этим процессом. Ему помогала г-жа Сесиль Кнай, координатор текущих повседневных работ и подготовки справочно-аналитических материалов и отчета о консультативной встрече, а также г-жа Гейл Деннер, координатор по административным вопросам и по подготовке и публикации окончательного варианта отчета. Общую координацию процесса осуществлял д-р Роберто Бертоллини (директор, отделение технической поддержки, отдел детерминантов здоровья) совместно с д-ром Гуджоном Магнуссоном (директор, отделение технической поддержки, отдел снижения бремени болезней).