



ЕВРОПА

СОЦИАЛЬНЫЕ
УСЛОВИЯ И
ЗДОРОВЬЕ

УБЕДИТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ

ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ



International
Centre for
Health and
Society

**СОЦИАЛЬНЫЕ
УСЛОВИЯ И
ЗДОРОВЬЕ**

УБЕДИТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ

ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ

Под редакцией Richard Wilkinson и Michael Marmot

WHO Library Cataloguing in Publication Data

Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition / edited by
Richard Wilkinson and Michael Marmot.

1.Socioeconomic factors 2.Social environment 3.Social support
4.Health behavior 5.Health status 6.Public health 7.Health promotion
8.Europe I.Wilkinson, Richard II.Marmot, Michael.

ISBN 92 890 4370 9

(NLM Classification : WA 30)

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.

ISBN 92 890 4370 9

© Всемирная организация здравоохранения, 2004 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.

Напечатано в Дании

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Предисловие</i>	5
Авторы	6
Введение	7
1. Социальные различия в области здоровья	11
2. Стресс	14
3. Раннее детство	16
4. Социальное отчуждение	19
5. Работа	22
6. Безработица	25
7. Социальная поддержка	28
8. Химическая зависимость	31
9. Продукты питания	34
10. Транспорт	37
ВОЗ и другие важные источники информации	40



Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию при решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Одна из ее уставных функций заключается в предоставлении объективной и надежной информации и консультировании по вопросам охраны здоровья людей. Одним из способов выполнения этой функции является подготовка и издание публикаций, посредством которых ВОЗ стремится оказать поддержку в выполнении стратегий охраны здоровья населения в странах и содействовать решению самых актуальных и неотложных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро, каждое из которых проводит собственные программы, направленные на решение конкретных проблем здравоохранения в обслуживаемых ими странах. Европейский регион с населением около 870 млн. человек простирается от Гренландии на севере и Средиземного моря на юге до тихоокеанского побережья Российской Федерации на востоке. Поэтому в программе Европейского региона ВОЗ акцент ставится как на проблемах, характерных для индустриального и постиндустриального общества, так и на проблемах стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, находящихся в процессе демократических преобразований.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и надлежащего ориентирования по вопросам здоровья и его охраны ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Помогая укреплению и охране здоровья, профилактике болезней и борьбе с ними, книги и другие публикации ВОЗ содействуют решению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми как можно более высокого уровня здоровья.

Центр ВОЗ по охране здоровья в городах

Данная публикация была подготовлена по инициативе созданного Европейским региональным бюро ВОЗ центра по охране здоровья в городах. В своей работе этот центр ставит акцент на следующих вопросах: разработка инструментария и ресурсных материалов, относящихся к политике здравоохранения, интегрированное планирование в целях улучшения здоровья населения и обеспечения устойчивого развития, городское планирование, стратегическое руководство, социальная поддержка. Центр несет ответственность за программу “Здоровые города и эффективное городское управление”.



В настоящее время остро возросла потребность в достоверных научных данных, способных послужить информационной базой для принятия стратегических решений в области здравоохранения. Вопрос о социальных составляющих здоровья населения относится, по-видимому, к числу наиболее сложных и трудных. Он имеет прямое отношение к ключевым аспектам жизни людей, условиям труда и их образу жизни. Он также имеет прямое отношение к последствиям проводимых экономических и социальных стратегий для здоровья населения, а также к тем преимуществам, которые можно извлечь из инвестирования в политику здравоохранения. За пять лет, прошедших после публикации первого издания книги «Социальные условия и здоровье. Убедительные факты» в 1998 г., были наработаны новые более убедительные научные данные. Второе издание этой публикации содержит новые фактические данные, а также новые диаграммы и графики, ссылки на дополнительную литературу и рекомендуемые веб-сайты.

Наша цель заключается в том, чтобы стимулировать осознание стоящих перед нами задач, проведение информированных обсуждений и, главное, практическую деятельность. Мы хотим обеспечить дальнейший успех первого издания, которое было переведено на 25 языков и использовалось ответственными работниками различных уровней, работниками общественного здравоохранения и учеными не только во всех странах Европейского региона, но и за его пределами. Очень хорошей новостью является тот факт, что все большее число государств-членов разрабатывают сегодня стратегии и программы, непосредственно направленные на устранение глубинных причин

болезней, неравенства в области здоровья, а также на удовлетворение потребностей малоимущих и социально обездоленных людей.

Данную публикацию удалось подготовить благодаря тесному сотрудничеству между Центром ВОЗ по охране здоровья в городах и Международным центром по проблемам здоровья и общества Лондонского университета (Соединенное Королевство). Я хотел бы выразить свою признательность профессору Richard Wilkinson и сэру Michael Marmot, которые отредактировали эту брошюру, а также всем членам научной группы, которые внесли свой вклад в эту важную работу. Я убежден, что настоящая брошюра поможет значительно улучшить понимание социальных составляющих здоровья, а также послужит стимулом для общественных обсуждений и действий в этой области.

Agis D. Tsouros

Руководитель, Центр по охране здоровья
в городах
Европейское региональное бюро ВОЗ

АВТОРЫ

Профессор Mel Bartley, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

Д-р David Blane, Лондонский королевский колледж, Соединенное Королевство

Д-р Eric Brunner, Международный центр по проблемам здоровья общества, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

Профессор Danny Dorling, Географический факультет, Университет г. Лидс, Соединенное Королевство

Д-р Jane Ferrie, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

Профессор Martin Jarvis, Британский фонд изучения рака, Отделение здорового образа жизни, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

Профессор Michael Marmot, Отделение эпидемиологии и общественного здравоохранения и международный центр по проблемам здоровья общества, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

Профессор Mark McCarthy, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

Д-р Mary Shaw, Факультет социальной медицины, Бристольский университет, Соединенное Королевство

Профессор Aubrey Sheiham, Международный центр по проблемам здоровья общества, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

Профессор Stephen Stansfeld, Лондонская школа медицины и стоматологии им. Королевы Марии, Лондон, Соединенное Королевство

Профессор Mike Wadsworth, Совет по медицинским научным исследованиям, Национальное обследование состояния здоровья и развития, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

Профессор Richard Wilkinson, Ноттингемский университет, Соединенное Королевство



Даже в наиболее благополучных странах малоимущие люди живут существенно меньше и болеют значительно чаще, чем богатые. С одной стороны, эти различия в состоянии здоровья являются отражением недопустимой социальной несправедливости, а с другой, они привлекли внимание ученых к некоторым из важнейших факторов или детерминант, определяющих уровень здоровья в современном обществе. В частности, они привели к росту понимания тесной зависимости состояния здоровья от социальной окружающей среды и от того, что сейчас часто определяется как социальные детерминанты или составляющие здоровья.

В настоящей публикации рассматриваются наиболее важные элементы этих новых знаний в той мере, в какой они относятся к различным аспектам общественной политики. Десять рассмотренных в публикации тем включают важность детерминант здоровья в раннем детстве, во многом определяющих состояние здоровья человека на протяжении всей жизни, а также воздействие на здоровье населения таких факторов, как бедность, наркотики, условия труда, безработица, социальная поддержка, качество пищевых продуктов, транспортная политика. Вначале мы рассмотрим социально обусловленные различия в состоянии здоровья, а затем более подробно проанализируем вопросы влияния психологических и социальных факторов на физическое здоровье и продолжительность жизни людей.

При рассмотрении любой темы акцент ставится на той роли, которую общественная политика может сыграть в формировании социальной среды в целях улучшения здоровья населения независимо от того, рассматриваем ли мы

поведенческие факторы, такие, как качество воспитания ребенка в семье, питание, физические упражнения, химическая зависимость (токсикомания, наркомания, курение и т.д.), или речь идет о более структурных вопросах, таких, например, как безработица, бедность и трудовой опыт. Каждая глава содержит краткое резюме установленных и научно достоверных фактов, а затем приводится перечень выводов для общественной политики. Несколько ключевых библиографических ссылок на научные исследования приводятся в конце каждой главы, однако с более подробным обсуждением соответствующих фактических данных вы можете ознакомиться в книге *Social determinants of health* (Marmot M, Wilkinson RG, eds. Oxford, Oxford University Press, 1999), которая была специально подготовлена для опубликования вместе с первым изданием “Социальные условия и здоровье. Убедительные факты?”. Подготовка этих публикаций стала возможной лишь благодаря усилиям научных исследователей, являющихся ведущими в своей области, большинство из которых сотрудничают с Международным центром по проблемам здоровья общества в колледже Лондонского университета. Мы благодарны этим экспертам за то, что они не пожалели своего времени на подготовку этих двух публикаций.

Когда-то считалось, что политика здравоохранения касается только лишь оказания и медицинской помощи и ее финансирования: социальные составляющие здоровья в тот период обсуждались только среди ученых. В настоящее время эта ситуация меняется. Хотя медицинская помощь и может продлить жизнь людей и улучшить прогноз пациентов с рядом грозных болезней, более важными для здоровья населения в целом являются социально-экономические условия, под влиянием которых люди заболевают и начинают



Образ жизни людей и условия, в которых они живут и работают, во многом определяют состояние их здоровья.



нуждаться в медицинской помощи. Тем не менее, следует помнить о том, что всеобщая доступность медицинской помощи – это, несомненно, одна из важнейших социальных составляющих здоровья.

Возникает вопрос о том, почему в новой публикации по составляющим здоровья ничего не говорится о генах? Новые открытия о геноме человека позволяют нам надеяться на большой прогресс в плане понимания и лечения конкретных патологий. Однако сколь бы важна ни

была *индивидуальная* наследственная предрасположенность к тем или иным болезням, общие причины нездоровья, которые характерны для *всего населения*, кроются в воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды: они приходят и уходят гораздо быстрее, чем медленные генетические изменения, поскольку отражают изменения в нашей жизни. Именно поэтому за последние несколько десятилетий столь значительно возросла ожидаемая продолжительность жизни; именно поэтому в



некоторых европейских странах здоровье населения улучшилось, а в других – нет; и именно поэтому различия в здоровье между разными социальными группами увеличились или уменьшились в зависимости от направления изменения социально-экономических условий.

Фактические данные, на которых основывается данная публикация, взяты из огромного числа отчетов о научных исследованиях. В некоторых из этих исследований использовались перспективные методы, иногда предусматривавшие динамическое наблюдение за десятками тысяч людей в течение десятилетий – в ряде случаев с момента рождения. В рамках других исследований – “одномоментных” (или “поперечных”) – изучались индивидуальные, территориальные, национальные или международные данные. Возникающие порой трудности с определением причинных факторов (несмотря на проведенные исследования, рассматривавшие проблему в динамике) разрешались с помощью использования результатов прикладных эпидемиологических исследований, так называемых природных экспериментов, а также в ряде случаев исследований на животных-приматах. Однако поскольку здоровье и основные его составляющие в значительной степени зависят от уровня экономического развития, читателям следует помнить о том, что основной массив фактических данных, на которых основывается данная публикация, относится к развитым странам с высоким уровнем доходов и что их применимость к менее развитым странам может быть весьма ограниченной.

Необходимо, чтобы политика на всех уровнях – в государственных, общественных и частных

учреждениях, на местах работы и в рамках местных сообществ – должным образом учитывала полученные в последнее время фактические данные, свидетельствующие о том, что целый ряд отраслей и ведомств должны разделять ответственность за создание здорового общества. Однако в настоящей, краткой по объему, публикации невозможно всесторонним образом осветить все составляющие здоровья населения. Некоторые аспекты политики в области здравоохранения, такие, например, как необходимость защищать население от воздействия токсических материалов на местах работы, не анализируются в данной брошюре, так как их актуальность общепризнанна (хотя зачастую практическая работа в этом направлении проводится не на должном уровне). Поскольку призывы к изменению индивидуального поведения человека также из разряда традиционно принятых подходов к укреплению здоровья и поскольку фактические данные указывают на то, что их эффективность порой весьма ограничена, в данной публикации мало освещаются те действия, которые могут быть предприняты отдельными людьми для улучшения своего здоровья. Тем не менее, мы подчеркиваем необходимость осознания того, что поведение людей формируется под влиянием окружающей среды и в соответствии с концепцией решения вопросов охраны здоровья прежде всего через его социальные составляющие; мы рекомендуем такие изменения окружающей среды, которые приведут к формированию более здорового поведения людей.

Данная публикация состоит из разделов, подготовленных разными авторами, каждый из которых является признанным экспертом в своей



области. Поразительным является тот факт, что во всех разделах подчеркивается необходимость создания более справедливого и заботливого общества – как с экономической, так и с социальной точек зрения. Благодаря сочетанию подходов, характерных для экономики, социологии и психологии, с одной стороны, и нейробиологии и медицины, с другой, создается впечатление, что очень многое зависит от понимания взаимодействий между материальным благополучием и его социальными аспектами. Дело не просто в том, что плохие материальные условия оказывают вредное влияние на здоровье; очень важным фактором также являются социальные последствия, связанные с бедностью, безработицей, социальной отчужденностью или другими негативными и стигматизирующими факторами. Люди – существа социальные, и нам нужны не только хорошие материальные условия, но, начиная с самого раннего детства, – осознание того, что нас ценят, любят и уважают. Нам нужны друзья, более широкая и активная общественная жизнь и ощущение своей полезности. Мы также хотим чувствовать, что способны во многом контролировать выполняемую нами значимую и полезную работу. Без всех этих предпосылок мы станем уязвимее к развитию таких проблем, как депрессия, наркомания, чувство беспокойства, враждебности, а также ощущения беспомощности, оказывающих, несомненно, негативное воздействие на наше физическое здоровье.

Мы надеемся, что благодаря ликвидации или уменьшению некоторых материальных и социальных проявлений несправедливости правильная политика сможет не только улучшить здоровье и благополучие людей, но также

сократить число и выраженность других социальных проблем, которые идут рука об руку с болезнями и недомоганиями и в основе которых лежат те же самые социально-экономические причины.

Richard Wilkinson и Michael Marmot



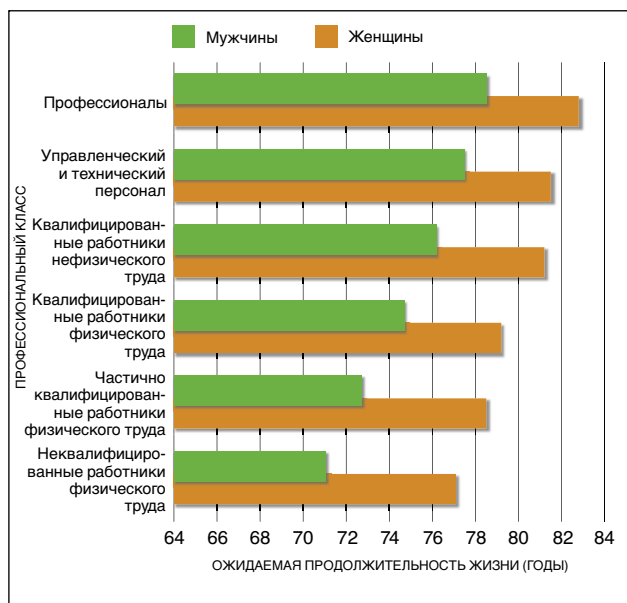
1. СОЦИАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ

В любом обществе у людей, находящихся на более низких ступенях социальной лестницы, вероятность большинства заболеваний и преждевременной смерти выше, чем у тех, кто стоит на более высоких ее ступенях. Политика в области здравоохранения обязательно должна быть направлена на улучшение социально-экономических составляющих здоровья.

Что нам известно?

Социально-экономические условия оказывают значительное влияние на здоровье людей на протяжении всей жизни. У людей,

Рисунок 1. Различия в ожидаемой продолжительности жизни между профессиональными группами, Англия и Уэльс, 1997–1999 гг.



стоящих на нижних ступенях социальной лестницы, вероятность серьезной болезни и преждевременной смерти по крайней мере вдвое выше, чем у представителей высшего социального класса. Более того, социальные различия в состоянии здоровья, которые также можно назвать социальным градиентом здоровья, наблюдаются на всех ступенях социальной лестницы, не ограничиваясь лишь категорией малоимущих. В частности, даже среди служащих среднего звена лица, занимающие более низкие должности, болеют гораздо чаще и умирают раньше, чем их более высокопоставленные коллеги (рис. 1).

Как материальные, так и психосоциальные факторы оказывают несомненное влияние на эти различия. При этом воздействие этих факторов ощущается по большинству патологических состояний и причин смерти.

Неблагоприятные факторы могут быть самыми различными по виду и могут быть абсолютными или относительными. К их числу относятся следующие: бедность, низкий уровень образования, неуверенность в сохранении места работы, вредная или опасная работа, отсутствие перспектив служебного роста, плохое жилье, необходимость прилагать все усилия для того, чтобы прокормить семью и вырастить детей в трудных условиях, неадекватное пенсионное обеспечение.

Как правило, многие из этих неблагоприятных факторов воздействуют на одних и тех же людей, а их влияние на здоровье в процессе жизни носит кумулятивный характер. Чем дольше человек находится в стрессовой социально-экономической ситуации, тем больше изнашивается его организм и тем меньше он может рассчитывать на здоровую старость.



Плохие социально-экономические условия влияют на здоровье человека на протяжении всей его жизни.

Выводы и рекомендации

Если в общественной политике не учитываются эти факторы, то можно утверждать, что в ней игнорируются не только ключевые составляющие здоровья населения в современном обществе, но и наиболее важные вопросы социальной справедливости, стоящие сегодня перед людьми.

- В жизни человека есть несколько важных переходных периодов: эмоциональное и физиологическое развитие в раннем детском возрасте, переход из начальной в среднюю школу, начало трудовой жизни, отделение от

родителей и создание своей семьи, переход с работы на работу, преодоление различных трудностей, включая опасность потерять работу, и, наконец, выход на пенсию. Всякий раз жизнь может поменяться как к лучшему, так и к худшему, что сказывается, помимо прочего, и на здоровье. Люди, жизнь которых складывалась неудачно в прошлом, имеют худшие шансы и на каждом последующем этапе. А это значит, что социальная защита должна выполнять функцию не только страховочной сетки, а еще и трамплина, помогающего наверстать упущенное.



- Для того чтобы улучшить здоровье населения, следует улучшить возможности для получения адекватного образования, уменьшить риск потери работы и безработицы, а также улучшить жилищные условия. Если общество обеспечит своим гражданам больше возможностей для самовыражения во всех областях жизни – социальной, экономической, культурной, – то они и физически будут более здоровыми по сравнению с людьми, жизнь

которых характеризуется нестабильностью, разобщенностью и лишениями.

- В других главах данной публикации рассматриваются те или иные конкретные проблемы и предлагаются такие пути улучшения здоровья людей, которые также позволят уменьшить социальные различия в состоянии здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

Bartley M, Plewis I. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:336–341.

Mitchell R, Blane D, Bartley M. Elevated risk of high blood pressure: climate and the inverse housing law. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:831–838.

Montgomery SM, Berney LR, Blane D. Prepubertal stature and blood pressure in early old age. *Archives of Disease in Childhood*, 2000, 82:358–363.

Morris JN et al. A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:885–889.

Programme Committee on Socio-economic Inequalities in Health (SEGV-II). *Reducing socio-economic inequalities in health*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001.

van de Mheen H et al. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:15–19.

Рисунок 1: Donkin A, Goldblatt P, Lynch K. Inequalities in life expectancy by social class 1972–1999. Health Statistics Quarterly, 2002, 15:5–15.

2. СТРЕСС

Стрессовые условия, заставляющие людей испытывать чувство беспокойства и беспомощности, неблагоприятно сказываются на здоровье и могут привести к преждевременной смерти.

Что нам известно?

Под влиянием неблагоприятных социальных и психологических условий у человека может возникнуть хронический стресс. Постоянное чувство беспокойства и неопределенности, недостаточная уверенность в себе, социальная изоляция и невозможность управлять ситуацией

на работе и дома оказывают огромное влияние на состояние здоровья. Такие психологические факторы риска все время накапливаются, увеличивая вероятность различных психических заболеваний и преждевременной смерти. Продолжительные периоды беспокойства и неопределенности, отсутствие дружеской поддержки, какой бы сферы жизни это ни касалось, подрывают здоровье. Здесь следует также отметить, что в промышленно развитых странах отмечается выраженная обратная пропорциональная связь между частотой этих проблем и тем местом, которое люди занимают в социальной иерархии.

Ощущение того, что человек не способен управлять своей жизнью ни на работе, ни дома, оказывает сильное негативное влияние на его здоровье.



© PIKKE STEENVINKEL NORDENHOF/POLFO



Почему эти психосоциальные факторы влияют на наше физическое здоровье? В чрезвычайных ситуациях наша гормональная и нервная системы готовят нас к реагированию на непосредственную физическую угрозу, они увеличивают частоту сердечных сокращений, мобилизуют наши энергетические запасы, увеличивают приток крови к мышцам и повышают состояние настороженности. Несмотря на то, что стрессы, характерные для современной городской жизни, редко требуют чрезмерной или даже умеренной физической активности, на стрессовые реакции направляются те энергетические и гормональные ресурсы, которые обеспечивают множество физиологических процессов, имеющих огромное значение для поддержания здоровья на длительную перспективу. В стрессовые реакции вовлекаются как сердечно-сосудистая, так и иммунная системы. Отрицательные последствия стрессов не столь значительны, когда речь идет о кратковременных их воздействиях, однако если люди чувствуют напряженность слишком часто или эта напряженность продолжается слишком длительный период времени, они становятся более предрасположены к развитию целого ряда патологических состояний, включая инфекции, диабет, гипертензию, инфаркт миокарда, инсульт, депрессию, агрессию.

Выводы и рекомендации

Несмотря на то, что с медицинской точки зрения биологические изменения, сопровождающие стресс, можно попытаться скорректировать с помощью лекарств, более правильный подход к решению данной проблемы – это устранение или уменьшение важнейших причин хронического стресса.

- Что касается учебных заведений, предприятий и любых других учреждений, то качество

социальной среды и чувство защищенности не менее важны для пребывающих там лиц, чем физические условия. В тех учреждениях, где люди чувствуют, что их ценят, что они являются полноправными членами коллектива, здоровье работников в среднем лучше, чем там, где они испытывают социальную отчужденность и где они считают, что их эксплуатируют и не уважают.

- Власти должны осознавать, что программы социальной помощи должны учитывать не только материальные, но и психосоциальные потребности людей: неудовлетворенность теми и другими порождает чувство беспокойства и незащищенности. Особое внимание следует обратить на поддержку семей с маленькими детьми, стимулирование общественной активности, борьбу с социальной изоляцией и бедностью, а также на то, чтобы в методике, применяемые в процессе обучения и реабилитации, помогали людям сформировать навыки и умения, необходимые для преодоления жизненных трудностей.

ЛИТЕРАТУРА

Brunner EJ. Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal*, 1997, 314:1472–1476.

Brunner EJ et al. Adrenocortical, autonomic and inflammatory causes of the metabolic syndrome. *Circulation*, 2002, 106: 2659–2665.

Kivimaki M et al. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 2002, 325:857–860.

Marmot MG, Stansfeld SA. *Stress and heart disease*. London, BMJ Books, 2002.

Marmot MG et al. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997, 350:235–239.

3. РАННЕЕ ДЕТСТВО

Хороший старт в жизни может быть обеспечен только за счет создания хороших условий для матерей и детей раннего возраста: первые этапы развития и воспитания ребенка во многом определяют уровень его здоровья в течение всей последующей жизни.

Что нам известно?

Данные исследований-наблюдений и интервенционных исследований показывают, что основы здоровья взрослого человека закладываются в период внутриутробного развития и раннего детства. Замедленное развитие и дефицит эмоциональной поддержки в этот период увеличивают риск болезненности человека на протяжении всей жизни, а по достижении взрослого возраста могут негативно сказаться на его возможностях с физической, интеллектуальной и

эмоциональной точек зрения. Неблагоприятные условия в раннем возрасте и замедленное развитие оказывают неблагоприятное воздействие на биологические системы в процессе развития и воздействуют на фундамент биологического капитала каждого человека, во многом определяющего состояние его здоровья на протяжении всей дальнейшей жизни.

Угрозу оптимальному внутриутробному развитию ребенка могут представлять неблагоприятные условия во время беременности, такие, как недостаточное или неполноценное питание во время беременности, психоэмоциональный стресс матери, курение, употребление

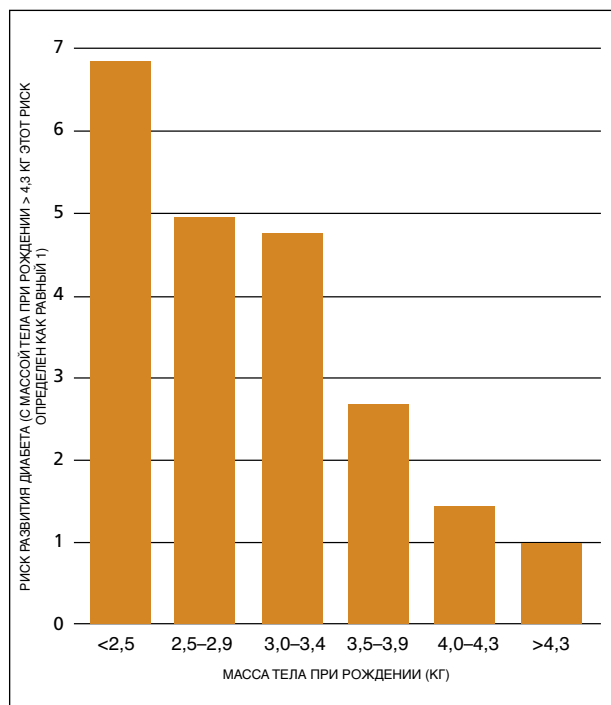


Основа здоровья взрослого человека закладываются в раннем детстве.

© FINN FRANSEN/POLFO

Рисунок 2. Риск развития диабета у мужчин в возрасте 64 лет в корреляции с массой тела при рождении

С поправкой на индекс массы тела



наркотиков и алкоголя, дефицит физической активности, неадекватная перинатальная помощь. Неадекватное внутриутробное развитие ребенка – это фактор риска для здоровья на последующих этапах его жизни (рис. 2).

Поскольку биологические системы грудного ребенка продолжают находиться в процессе формирования, условия жизни в этом возрасте оказывают существенное влияние на состояние здоровья на последующих этапах его жизни. Так как развитие головного мозга во многом зависит

от богатства интеллектуальных, эмоциональных и сенсорных стимулов, то недостаточная эмоциональная поддержка ребенка и дефицит стимулов могут привести к таким последствиям, как недостаточная готовность к обучению в школе, неуспеваемость, поведенческие проблемы, а также риск социальной маргинализации в зрелом возрасте. Полезные для здоровья привычки, такие, например, как адекватное и рациональное питание, поддержание физической формы, отказ от курения прежде всего формируются под влиянием хорошего примера со стороны родителей и сверстников, а также под влиянием образования и воспитания. Задержка физического роста в грудном возрасте связана с нарушением развития и функционирования сердечно-сосудистой и дыхательной систем, поджелудочной железы и почек, что увеличивает предрасположенность к заболеваниям у взрослого человека.

Выводы и рекомендации

Эти опасности для развития ребенка значительно выше среди людей, живущих в трудных социально-экономических условиях. Однако их можно уменьшить за счет улучшения профилактической медицинской помощи как для женщин до наступления первой беременности, так и для матерей и детей в женских консультациях, роддомах, клиниках для грудных детей и в детских больницах, а также за счет повышения образовательного уровня родителей и детей. Такие здравоохранительные и образовательные программы приносят непосредственную пользу. Они повышают информированность родителей о потребностях своих детей, а также их восприимчивость к информации о здоровье и развитии, они также укрепляют уверенность родителей в своих силах как воспитателей.

Стратегии и подходы к улучшению здоровья человека на ранних этапах жизни должны включать следующие элементы:

- Повышение общего образовательного уровня и обеспечение равной доступности образования, что позволит улучшить здоровье матери и ребенка в долгосрочной перспективе;
- Обеспечение полноценного питания, санитарного просвещения, адекватной высококачественной лекарственно-профилактической помощи и адекватных социальных и экономических ресурсов до наступления первой беременности, во время беременности, а также в первый год жизни ребенка, с тем чтобы улучшить его рост и развитие как во внутриутробный период, так и

в грудном возрасте, а также чтобы уменьшить риск болезней и недостаточности питания в грудном возрасте;

- Поддержка в формировании хороших взаимоотношений между родителями и детьми со дня рождения ребенка – в идеале с помощью патронажных визитов и содействия установлению хороших отношений между родителями и школой, – с тем чтобы повысить уровень знаний родителей об эмоциональных и интеллектуальных потребностях детей, стимулировать интеллектуальное развитие и формирование правильного социального поведения ребенка, а также предупредить случаи жестокого обращения с детьми.

ЛИТЕРАТУРА

Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.

Keating DP, Hertzman C, eds. *Developmental health and the wealth of nations*. New York, NY, Guilford Press, 1999.

Mehrotra S, Jolly R, eds. *Development with a human face*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

Rutter M, Rutter M. *Developing minds: challenge and continuity across the life span*. London, Penguin Books, 1993.

Wallace HM, Giri K, Serrano CV, eds. *Health care of women and children in developing countries*, 2nd ed. Santa Monica, CA, Third Party Publishing, 1995.

Рисунок 2: Barker DJP. Mothers, babies and disease in later life, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.



4. СОЦИАЛЬНОЕ ОТЧУЖДЕНИЕ

Чем ниже качество жизни, тем короче ее продолжительность. Бедность, социальное отчуждение и дискриминация, связанные с большими трудностями и лишениями, уносят многие жизни.

Что нам известно?

Бедность, относительные материальные лишения и социальное отчуждение оказывают значительное негативное воздействие на здоровье людей и увеличивают вероятность преждевременной их смерти. В этой связи следует отметить, что для некоторых социальных групп опасность оказаться в нищете значительно выше, чем для населения в целом.



© JAN GRARUP/POLEFOTO

Группа населения с самым высоким показателем преждевременной смерти – это бездомные.

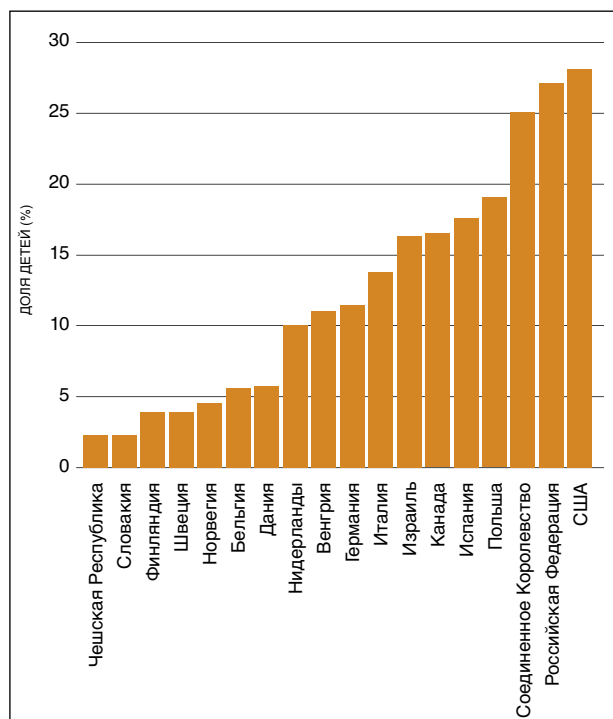
Абсолютная бедность, т.е. невозможность приобретения предметов первой необходимости, продолжает наблюдаться даже в самых богатых европейских странах. Группами особого риска в этом отношении являются безработные, национальные меньшинства, иностранные рабочие, инвалиды, беженцы. В этой связи можно указать, что наибольшему риску преждевременной смерти подвергаются люди, живущие на улице.

Об относительной бедности говорят тогда, когда доходы человека (семьи) значительно ниже, чем в обществе в целом; а порог относительной бедности часто определяется на уровне менее 60% от средненационального дохода на душу населения. В условиях относительной бедности

люди не имеют доступа к адекватному жилью, образованию, средствам передвижения и другим жизненно важным для обеспечения полноценной жизни условиям. Дополнительными факторами, способствующими ухудшению здоровья и повышению риска преждевременной смерти, являются исключение из жизни общества и дискриминация. Особо ощутимый вред наносит жизнь в бедности беременным женщинам, детям, пожилым людям. В некоторых странах до 25% всего населения – и даже еще большая доля детей – живут в условиях относительной бедности (рис. 3).

Еще одной причиной социального отторжения являются такие негативные явления, как расизм, дискриминация, стигматизация, враждебность и безработица, которые мешают людям получать образование или соответствующую подготовку и лишают их доступа к необходимым услугам и общественной

Рисунок 3. Доля детей, приходящаяся на малоимущие семьи, т.е. семьи, доход которых не составляет и половины среднего национального дохода на душу населения



деятельности. Вышеуказанные явления наносят не только большой социальный, психологический и материальный ущерб, но и оказывают значительное негативное влияние на здоровье людей. Особо уязвимую группу населения представляют лица, пребывающие в таких учреждениях, как тюрьмы, детские дома, психиатрические больницы, или покинувшие их.

Чем дольше люди живут в неблагоприятных условиях, тем больше повышается риск возникновения проблем со здоровьем, особенно

со стороны сердечно-сосудистой системы. В течение жизни одни и те же люди могут попадать в состояние бедности или выходить из него, и поэтому количество людей, испытывающих проблемы бедности и социального исключения в течение жизни, гораздо выше числа социально исключенных людей на сегодняшний день.

Бедность и социальное отчуждение увеличивают риск разводов и раздельного проживания супругов, инвалидности, болезней, наркомании и социальной изоляции и, наоборот, образуют порочный круг, который еще больше ухудшает положение этих людей.

Бедность оказывает негативное влияние на здоровье как прямо, так и косвенно, например, из-за проживания в районах с такими проблемами, как большая концентрация людей, подвергающихся лишениям, высокий уровень безработицы, неадекватное жилье, ограниченный доступ к различным видам услуг, плохое качество среды обитания.

Выводы и рекомендации

Правительство любой страны, проводящее ту или иную политику в отношении налогов, льгот, занятости, образования, управления экономикой и многими другими сферами деятельности, не может не оказывать весьма значительного влияния на характер распределения доходов. Тот неопровержимый факт, что политика в вышеуказанных областях существенно сказывается на показателях заболеваемости и смертности, обязывает правительства предпринять шаги, необходимые для устранения абсолютной бедности и сглаживания материального неравенства.

- Все граждане должны быть защищены с помощью таких мер, как гарантируемый

минимальный уровень доходов, нормативно-правовая база в отношении минимальной оплаты труда, адекватный доступ к важнейшим услугам.

- Действия, направленные на уменьшение бедности и социального отчуждения, необходимо проводить как на уровне отдельных лиц, так и местных сообществ.
- Законодательные меры могут помочь обеспечить защиту меньшинств и уязвимых групп населения от дискриминации и социального отчуждения.

- Стратегия общественного здравоохранения должна быть направлена на то, чтобы устранить препятствия на пути получения необходимой медицинской помощи и социальных услуг, а также адекватного и доступного по средствам жилья.
- Стратегии в сфере обеспечения трудовой занятости, образования и социальной поддержки семей должны быть направлены на уменьшение социального расслоения общества.

ЛИТЕРАТУРА

Claussen B, Davey Smith G, Thelle D. Impact of childhood and adulthood socio-economic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:40–45.

Kawachi I, Berkman L, eds. *Neighborhoods and health*. Oxford, Oxford University Press, 2003.

Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.

Shaw M, Dorling D, Brimblecombe N. Life chances in Britain by housing wealth and for the homeless and vulnerably housed. *Environment and Planning A*, 1999, 31:2239–2248.

Townsend P, Gordon D. *World poverty: new policies to defeat an old enemy*. Bristol, The Policy Press, 2002.

Рисунок 3: Bradshaw J. Child poverty in comparative perspective. In: Gordon D, Townsend P. *Breadline Europe: the measurement of poverty*. Bristol, The Policy Press, 2000.

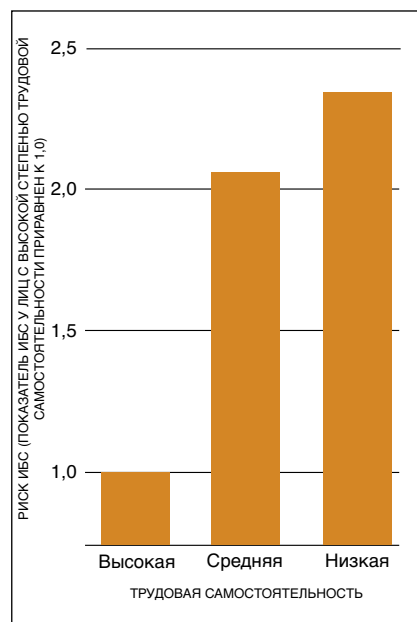
5. РАБОТА

Стресс на работе увеличивает риск заболеваний. У людей, имеющих возможность в большей степени регулировать характер и режим своей работы, уровень здоровья, как правило, выше.

Что нам известно?

Наличие работы, в целом, более благоприятно для здоровья, чем ее отсутствие. Однако важный вклад в формирование здоровья вносят и такие факторы, как социальная организация труда, стиль управления и социальные взаимоотношения на рабочем месте. Имеющиеся фактические данные показывают, что стресс на работе играет важную роль в формировании

Рисунок 4. Основанный на самооценке уровень трудовой самостоятельности и частота ишемической болезни сердца (ИБС) у мужчин и женщин



Данные скорректированы на возраст, половую принадлежность, продолжительность наблюдения, различия в системах вознаграждения за прилагаемые усилия, квалификационную категорию, факторы риска ИБС, негативный жизненный настрой

серьезных социально обусловленных различий в таких показателях, как состояние здоровья, временная нетрудоспособность по болезни, преждевременная смерть. Согласно ряду проведенных в Европе исследований, здоровье особенно страдает тогда, когда у человека мало возможностей для реализации своих профессиональных знаний и навыков и для принятия сколь-либо ответственных решений.

Отсутствие возможности самостоятельно регулировать свою работу очень тесно коррелирует с повышением риска развития поясничных болей и сердечно-сосудистых заболеваний, а также с ростом показателей временной нетрудоспособности по болезни (рис. 4). Согласно результатам исследований, эти риски не зависели от психологических характеристик обследованных лиц. Судя по всему, в основе этих рисков – плохие условия труда.

В некоторых исследованиях, посвященных роли требований, предъявляемых к работникам, была показана зависимость между предъявляемыми требованиями и трудовой самостоятельностью. Было установлено, что риск для здоровья особенно велик, когда высокие требования сочетаются с низким уровнем трудовой самостоятельности. Здесь следует указать, что, по некоторым данным, хороший психологический климат на работе может сыграть профилактическую роль.

Риск сердечно-сосудистых заболеваний также повышается, когда вознаграждение за проделанную работу не соответствует затраченным усилиям. Следует помнить о том, что вознаграждение может быть не только денежным, но и иметь форму повышения статуса и чувства самоуважения. Происходящие сейчас изменения на рынке труда могут сузить возможности выбора наиболее подходящего для людей вида работы, и

тогда им будет еще труднее получить адекватное денежное вознаграждение за нее или моральное удовлетворение.

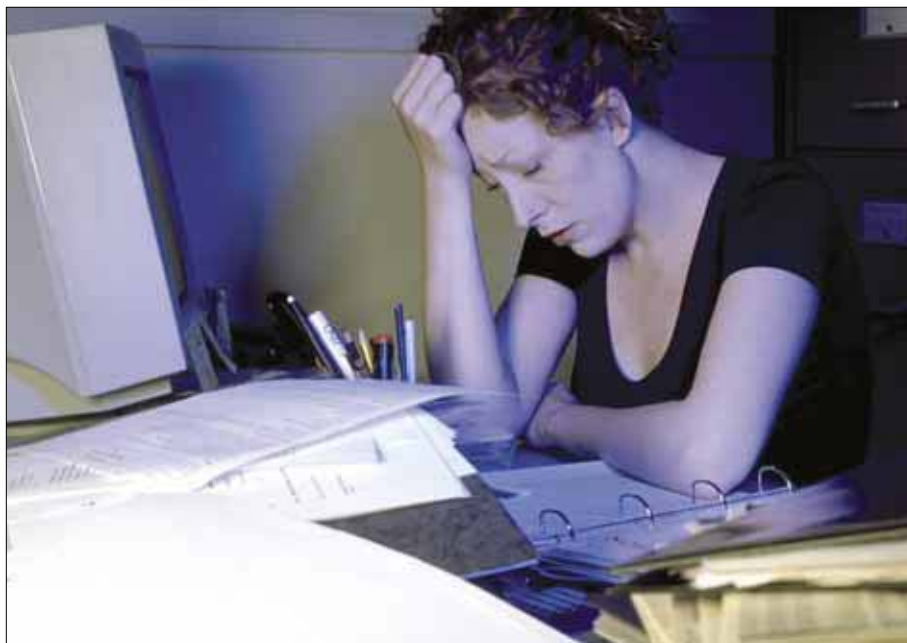
Таким образом, результаты проведенных исследований показывают, что психологический климат на работе – это важная составляющая здоровья, вносящая свой вклад в социально обусловленные различия показателей заболеваемости.

Выводы и рекомендации

- Неправда, что забота о здоровье работников может привести к снижению производительности труда. Напротив, улучшение условий труда способствует укреплению здоровья работающих, что ведет к повышению производительности, что, в свою очередь, создает новые возможности для

создания еще более здоровой и продуктивной атмосферы для работы.

- Конструктивное участие в процессе принятия решений будет, по-видимому, полезно для работников на всех уровнях любого учреждения или организации. Поэтому следует создать механизмы, помогающие работающим оказывать реальное влияние на характер и организацию своей трудовой среды, что, в свою очередь, позволит им получить большую трудовую самостоятельность, повысить разнообразие выполняемых ими функций и создать больше возможностей для повышения профессиональной квалификации.
- Необходимым элементом хорошего управления является адекватное вознаграждение всего персонала, которое включает не только материальную оплату труда, но и действия, направленные на повышение как статуса всех работников, так и чувства самоуважения.



Риск для здоровья работающих особенно велик, когда предъявляемые к ним требования высоки, а их свобода в плане выполнения служебных функций весьма ограничена.

- Для уменьшения проблемы заболеваний опорно-двигательного аппарата следует обеспечить оптимальную организацию рабочих мест с точки зрения эргономики.
- Службы охраны труда должны иметь не только эффективную инфраструктуру, располагающую соответствующими правовыми и

инспекторскими возможностями, но и включать службы охраны здоровья на производстве, имеющие квалифицированных специалистов, способных на самых ранних этапах выявлять проблемы психического здоровья и принимать соответствующие меры.

ЛИТЕРАТУРА

Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68–74.

Hemingway H, Kuper K, Marmot MG. Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. In: Yusuf S et al., eds. *Evidence-based cardiology*, 2nd ed. London, BMJ Books, 2003:181–217.

Marmot MG et al. Contribution of job control to social gradient in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997, 350:235–240.

Peter R et al. and the SHEEP Study Group. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation

by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(4):294–300.

Schnall P et al. Why the workplace and cardiovascular disease? *Occupational Medicine, State of the Art Reviews*, 2000, 15:126.

Theorell T, Karasek R. The demand-control-support model and CVD. In: Schnall PL et al., eds. *The workplace and cardiovascular disease. Occupational medicine*. Philadelphia, Hanley and Belfus Inc., 2000: 78–83.

Рисунок 4: Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68–74.



6. БЕЗРАБОТИЦА

Гарантированная занятость способствует повышению уровня здоровья, благополучия и чувства удовлетворения от работы. С ростом безработицы повышаются показатели заболеваемости и преждевременной смертности.

Что нам известно?

Безработица подвергает здоровье людей повышенному риску, и этот риск особенно велик в районах с высокими уровнями безработицы. Свидетельства из разных стран, показывают, что, при прочих равных условиях, среди безработных

и членов их семей риск преждевременной смерти существенно повышается. Влияние безработицы на здоровье связано как с ее психологическими последствиями, так и с порождаемыми ею финансовыми проблемами и прежде всего долгами и необходимостью их выплаты.

Негативное воздействие безработицы на здоровье начинается еще до того, как человек потерял работу, но опасается, что это может скоро произойти. Это свидетельствует о том, что неуверенность в гарантированной занятости также неблагоприятна для здоровья. По имеющимся данным, неуверенность в



У безработных и членов их семей существенно повышен риск преждевременной смерти.

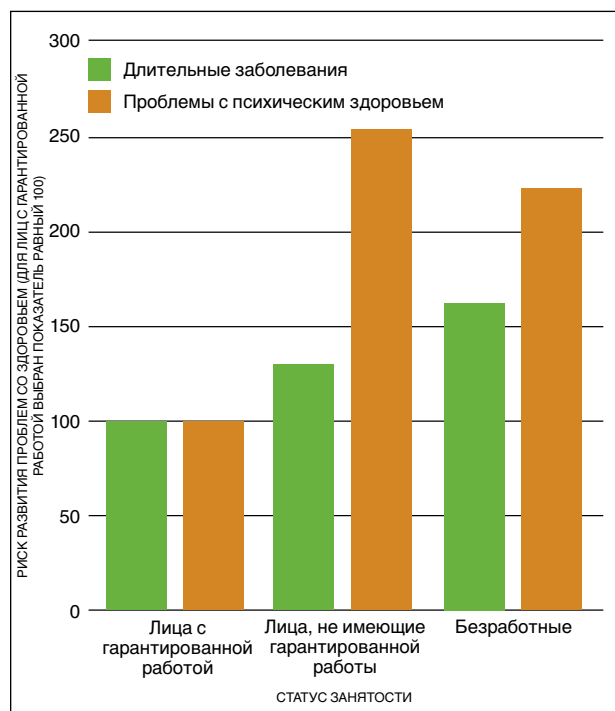
© REUTERS/POLIFOTO

сохранении рабочего места связана с такими последствиями, как рост проблем психического здоровья (чаще всего выражающихся в синдроме тревоги и депрессии), повышение показателей субъективно ощущаемого недомогания, увеличение предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), рост факторов риска ССЗ. На основании вышесказанного можно сделать вывод о том, что если работа очень не нравится человеку или если он не уверен в ее стабильности, самого факта наличия работы не

всегда достаточно для обеспечения физического и психического благополучия. Таким образом, с точки зрения здоровья, важнейшее значение имеет как качество работы, так и уверенность в ее стабильности (рис. 5).

В 1990-е годы в результате изменений в экономике и на рынках труда во многих промышленно развитых странах у людей усилилось чувство неуверенности в сохранении своей работы. Поскольку ситуация с гарантированной занятостью не улучшается, угроза потери работы стала хроническим стрессовым фактором, воздействие которого на здоровье человека со временем только усиливается, что в частности находит отражение в увеличении показателей временной нетрудоспособности по болезни и обращаемости за медицинской помощью.

Рисунок 5. Неуверенность в сохранении работы и безработица: их влияние на состояние здоровья



Выводы и рекомендации

Политика в отношении проблем занятости должна преследовать три цели: предотвращение безработицы и угрозы потерять работу; облегчение положения безработных; обеспечение стабильной занятости.

- Государственное регулирование экономики может в какой-то мере сгладить неравномерность экономического развития и тем самым снизить уровни безработицы, придать людям больше уверенности в завтрашнем дне.
- Полезным может оказаться и сокращение рабочего дня, если оно преследует цели предотвращения безработицы и повышения чувства удовлетворения от работы.
- Для того чтобы людям легче было найти работу, необходимо повысить уровень образования

- и улучшить программы профессионального обучения и переподготовки.
- С точки зрения защиты здоровья безработных, полезным подходом может быть увеличение пособий по безработице, в большей степени приближенных к зарплатам трудящихся.
 - Кроме того, весьма полезным может быть создание кредитных союзов, не только помогающих людям расплатиться с долгами, но и способствующих формированию социальных сетей, обеспечивающих столь необходимую моральную поддержку.

ЛИТЕРАТУРА

Beale N, Nethercott S. Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1985, 35:510–514.

Bethune A. Unemployment and mortality. In: Drever F, Whitehead M, eds. *Health inequalities*. London, H.M. Stationery Office, 1997.

Burchell, B. The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: Gallie D, Marsh C, Vogler C, eds. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford University Press, 1994:188–212.

Ferrie J et al., eds. *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (WHO Regional Publications, European Series, No. 81) (<http://www.euro.who.int/document/e66205.pdf>, accessed 15 August 2003).

Iversen L et al. Unemployment and mortality in Denmark. *British Medical Journal*, 1987, 295:879–884.

Рисунок 5: Ferrie JE et al. Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 2001, 322:647–651.

7. СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Дружеские отношения, хорошие социальные отношения и атмосфера взаимной поддержки дома, на работе и в обществе благотворно влияют на здоровье.

Что нам известно?

Социальная поддержка и хорошие взаимоотношения в обществе способствуют сохранению и укреплению здоровья. Люди морально поддерживают друг друга, советуются, делятся опытом. Когда принадлежишь к обществу, к какому-то кругу общения с определенными взаимными обязательствами, то чувствуешь, что о тебе заботятся, тебя любят, уважают и ценят. Таким образом, социальная поддержка – это мощный защитный фактор, помогающий поддерживать и укреплять здоровье. Основанные на взаимной поддержке отношения также могут

способствовать формированию более здорового образа жизни.

Эффект от взаимной поддержки можно проследить как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Социальная изоляция и расслоение общества связаны с ухудшением показателей преждевременной смерти и выживаемости после сердечных приступов (рис. 6). Чем меньше моральная поддержка со стороны окружающих, тем больше вероятность депрессии, осложнений беременности, инвалидизации из-за тех или иных хронических заболеваний и тем ниже, как правило, общий уровень благополучия. Плохие взаимоотношения с самыми близкими людьми также могут оказывать отрицательное воздействие на психическое и физическое здоровье.

Уровень получаемой людьми моральной и практической поддержки во многом зависит от их социального и экономического статуса. Так, бедность усиливает отчуждение от общества и социальную изоляцию.

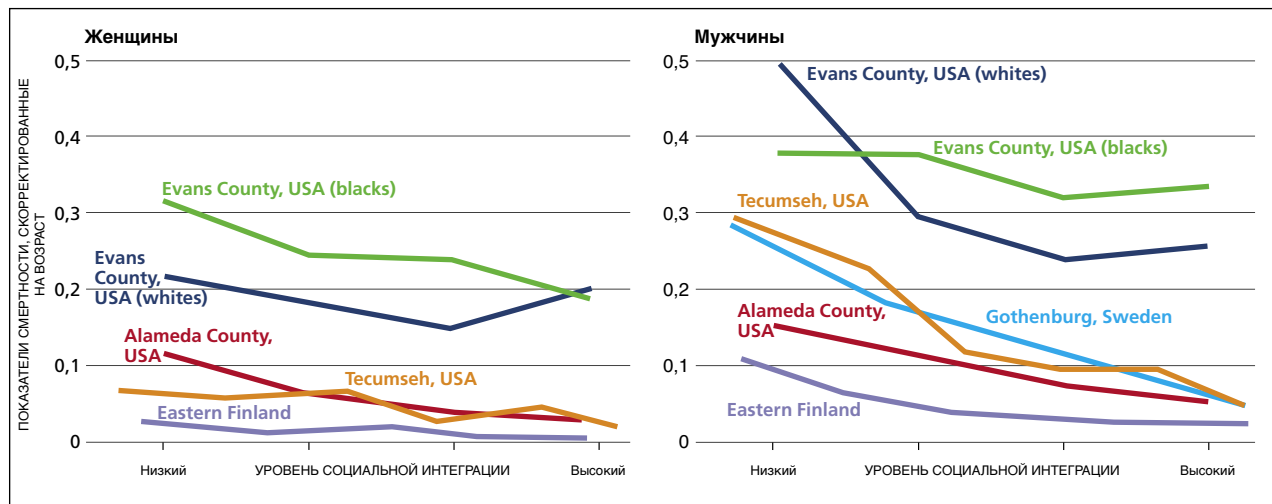
Сплоченность общества, определяемая как хорошие социальные взаимоотношения и наличие взаимного доверия, обязательств и уважения в рамках местных сообществ или общества в целом, не только повышает социальную защищенность людей, но и оказывает благотворное влияние на их здоровье и благополучие. Чем больше материальное неравенство в обществе,

Когда принадлежишь к обществу, то чувствуешь, что о тебе заботятся.



© ФОТОХРОНИКА/ПОЛФОТО

Рисунок 6. Уровень социальной интеграции и показатели смертности по данным пяти проспективных исследований



тем ниже социальная сплоченность и выше уровень насильственных преступлений. Высокий уровень взаимоподдержки в обществе помогает сохранению и укреплению здоровья, в то время как разрушение социальных связей, иногда после периода обострения неравенства в обществе, уменьшает степень доверия внутри общества и способствует росту насилия. Так, в одном из обследованных сообществ, первоначально характеризующемся высоким уровнем социальной сплоченности и низкой заболеваемостью ишемической болезнью сердца (ИБС), после того, как социальные связи в нем ослабли, частота ИБС существенно возросла.

Выводы и рекомендации

Результаты экспериментов показывают, что хорошие социальные взаимоотношения способны уменьшить физиологическую реакцию

организма на стресс. Проведенные исследования также свидетельствуют о том, что социальная поддержка содействует успешной реабилитации больного после ряда перенесенных заболеваний, а также способна улучшить исход беременности у женщин, относящихся к наиболее уязвимым группам населения.

- Уменьшение социального и экономического неравенства и социального расслоения способны не только сплотить общество, но и улучшить здоровье населения.
- Благодаря улучшению психологического климата в школах, на предприятиях, в учреждениях и в обществе в целом люди начинают чувствовать, что их ценят и поддерживают в различных областях их жизни, что благотворно сказывается на их здоровье, особенно психическом.

- Создание инфраструктуры и материальных условий, способствующих встречам и социальному общению людей в рамках местных сообществ, может способствовать улучшению их психического здоровья.
- Во всех сферах личной и общественной жизни следует избегать любых проявлений дискриминации, когда людей определенной группы ставят на более низкую социальную ступень или считают их менее ценными для общества, так как это ведет к расслоению общества.

ЛИТЕРАТУРА

Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 1979, 109:186–204.

Hsieh CC, Pugh MD. Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies. *Criminal Justice Review*, 1993, 18:182–202.

Kaplan GA et al. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128: 370–380.

Kawachi I et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996, 50(3):245–251.

Oxman TE et al. Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 1992, 135:356–368.

Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 1997, 277: 918–924.

Рисунок 6: House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*, 1988, 241:540–545.



8. ХИМИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Хотя употребление алкоголя, наркотиков и табака со всеми вытекающими из этого негативными последствиями и имеет место на уровне индивидуумов, обращение человека к этим веществам во многом зависит от его социального окружения.

Что нам известно?

Употребление наркотиков – это и реакция на жизненные неудачи, и фактор, многократно усиливающий то отрицательное влияние на здоровье, которое эти неудачи и без того оказывают. Наркотики дают иллюзию бегства от несчастий и стрессов, но на самом деле они только усугубляют положение.

Алкогольная зависимость, употребление наркотиков, курение табака тесно коррелируют

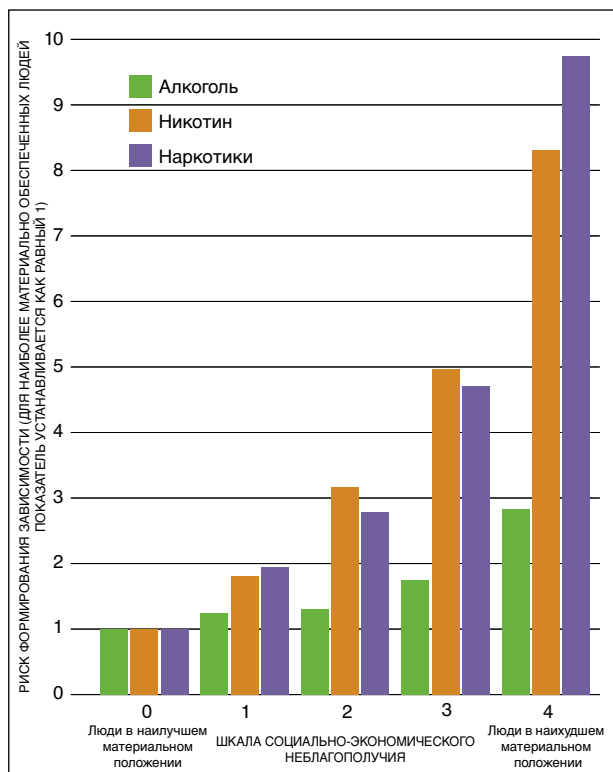
с факторами социального и экономического неблагополучия (рис. 7). Например, в ряде стран, переживающих переходный период, прошедшее десятилетие было временем значительных социальных потрясений. Вслед за этим резко возросла смертность от причин, связанных с потреблением алкоголя: несчастных случаев, убийств, отравлений, травм и самоубийств. В других странах также наблюдается связь между распространенностью алкогольной зависимости и частотой случаев насильственной смерти.

Вероятно, здесь формируется своего рода порочный круг. Люди начинают пить, чтобы отвлечься от неурядиц и проблем, вызванных тяжелым социально-экономическим положением, а алкогольная зависимость уменьшает их возможности как-то улучшить свой социальный

Люди начинают пить, курить, употреблять наркотики, чтобы отвлечься от неурядиц и проблем, вызванных тяжелым социально-экономическим положением.



Рисунок 7. Неблагоприятные социально-экономические условия и риск формирования зависимости от алкоголя, никотина и наркотиков. Великобритания, 1993 г.



статус. Ирония ситуации в том, что, наряду с обеспечением временного освобождения от реальных проблем, алкоголь усиливает те факторы, которые вначале привели к его употреблению.

То же и с табаком. Социальное неблагополучие, оцениваемое по любому критерию, – плохие жилищные условия или отсутствие жилья,

маленький доход или безработица, неполная семья – коррелируют с повышенным процентом курящих и пониженным – бросивших курить. У бедных людей курение пробивает ощутимую брешь в бюджете и, кроме того, является одной из важнейших причин плохого состояния здоровья и преждевременной смерти. Более того, на самом-то деле, никотин не снимает стресса и не улучшает настроения.

Употреблению алкоголя, табака и незаконных наркотических средств содействуют агрессивный маркетинг и реклама со стороны крупных транснациональных компаний и преступных группировок. Их деятельность – это одно из важнейших препятствий на пути успешного осуществления инициатив, направленных на снижение уровня употребления этих веществ среди молодежи. Кроме того, их попустительство в отношении контрабандной деятельности, особенно в случае с табачными изделиями, во многом снизило эффективность усилий государственных структур, направленных на уменьшение потребления веществ, вызывающих химическую зависимость, с помощью механизмов регулирования цен.

Выводы и рекомендации

- Работа по решению проблем употребления как законных, так и незаконных наркотических средств не должна ограничиваться только поддержкой и лечением людей с уже сформировавшейся химической зависимостью. Она также должна быть направлена на устранение тех неблагоприятных социальных условий, в которых эти проблемы коренятся.
- Кроме того, нужны стратегии и программы, перед которыми должны стоять следующие

задачи: регулирование доступности вызывающих зависимость веществ (например, с помощью таких механизмов, как регулирование цен и выдача лицензий на торговлю); информирование населения о менее вредных формах употребления вызывающих зависимость веществ; проведение санитарно-просветительных программ с целью уменьшения риска развития вредных привычек у молодежи; организация эффективного лечения, помогающего избавиться от химической зависимости.

- Но ни одна из этих мер не достигнет цели, если не изменятся те социальные факторы, которые способствуют развитию зависимости от психотропных средств. Пытаться возложить всю ответственность на лиц, употребляющих эти средства, – это заведомо неправильный подход. Это значило бы обвинять во всем жертву социальных проблем, порождающих пристрастие к наркотикам, вместо того, чтобы попытаться разобраться во всей сложности этих проблем. Поэтому эффективная борьба с наркотиками должна быть составной частью широкой социально-экономической политики.

ЛИТЕРАТУРА

Bobak M et al. Poverty and smoking. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:41–61.

Makela P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow-up study. *British Medical Journal*, 1997, 315:211–216.

Marsh A, McKay S. *Poor smokers*. London, Policy Studies Institute, 1994.

Meltzer H. *Economic activity and social functioning of residents with psychiatric disorders*. London, H.M. Stationery Office, 1996 (OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 6).

Ryan, M. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation. *British Medical Journal*, 1995, 310:646–648.

Рисунок 7: Wardle J et al., eds. Smoking, drinking, physical activity and screening uptake and health inequalities. In: Gordon D et al, eds. *Inequalities in health*. Bristol, The Policy Press, 1999:213–239.

9. ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ

Поскольку глобальные рыночные силы во многом определяют характер продовольственного снабжения, необходимость обеспечения здоровыми продуктами питания – это политический вопрос.

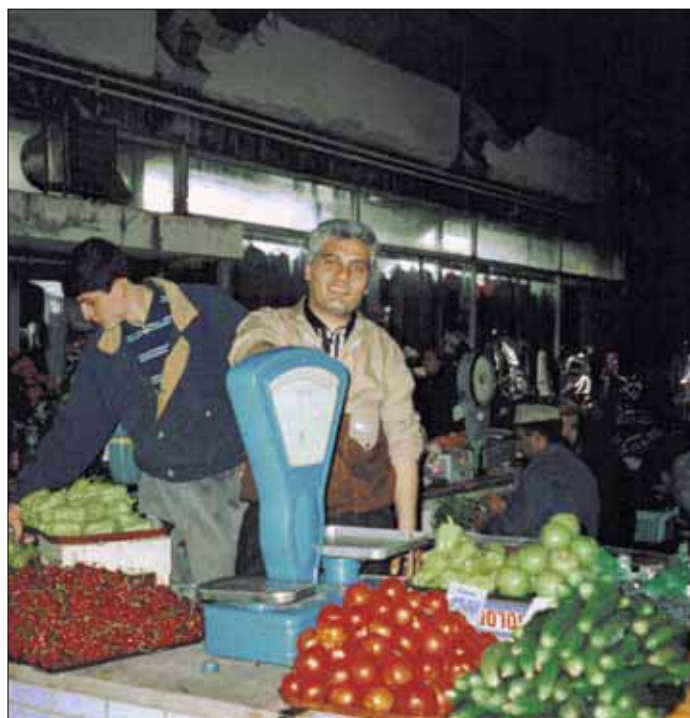
Что нам известно?

Правильное питание и правильно налаженное снабжение продуктами – одно из ключевых условий обеспечения улучшения здоровья и благополучия людей. Дефицит пищи или недостаточное ее разнообразие могут стать причиной недостаточности питания и связанных с этим болезней. Переедание (как одна из форм неправильного питания) способствует возникновению сердечно-сосудистых болезней, диабета, рака, дегенеративных глазных болезней, ожирения, кариеса. Обедненное питание соседствует бок о бок с питанием избыточным. Обеспечение наличия в продаже здоровых, полноценных пищевых продуктов и доступные цены на них – это важная задача общественного здравоохранения (рис. 8). Следует отметить, что доступность качественных и недорогих пищевых продуктов – более важный для здоровья фактор, чем соответствующие санитарно-просветительные программы.

Экономическое развитие и улучшение жилищных и санитарно-гигиенических условий повлекли за собой изменение эпидемиологической картины, которое характеризуется сдвигом в структуре заболеваемости от инфекционных к хроническим болезням, таким как болезни сердца, инсульт, рак. Изменился также и характер питания населения. Люди в целом, особенно в странах Западной Европы, стали потреблять слишком много высококалорийных жиров и сахаров, что, естественно, способствовало распространению ожирения. Интересно отметить, что бедные чаще, чем богатые, стали страдать ожирением.

В наше время мировая торговля продуктами питания – крупный и разветвленный бизнес.

Местное производство для местного потребления.



© AILEEN ROBERTSON/WHO

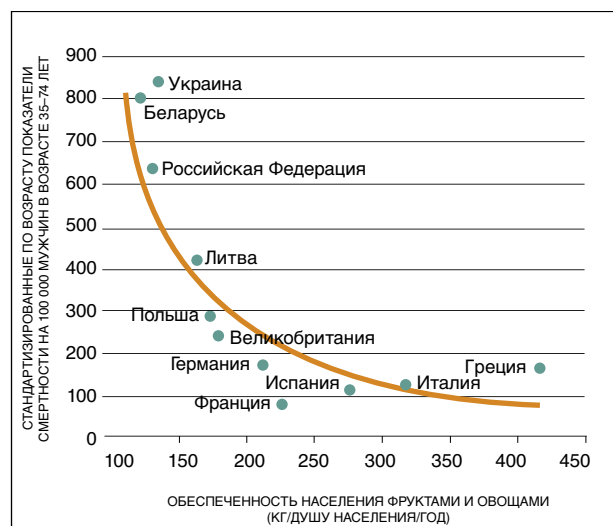
Генеральное соглашение о тарифах и торговле, а также общая сельскохозяйственная политика Европейского союза создают условия, в которых характер и структура поставок продуктов питания могут целиком формироваться под действием глобальных механизмов рынка. Международным комиссиям, таким как Codex Alimentarius, которые контролируют качество продуктов и определяют стандарты, недостает представителей общественного здравоохранения, а позиции пищевой промышленности, прилагающей все меры для отстаивания своих интересов, очень сильны. Вместе с тем, местное производство продуктов питания может приобрести более устойчивый характер, стать более доступным, поддерживая при этом местную экономику.

Социальные и экономические условия приводят к социальному расслоению по качеству питания и,

как результат, – по состоянию здоровья. Основное социальное различие в качестве питания – это различие в источниках питательных веществ. Во многих странах у малоимущих рацион питания чаще состоит из более дешевых переработанных и консервированных пищевых продуктов вместо свежей пищи. Хотя уровни потребления жиров часто чрезмерно высоки во всех социальных группах, следует отметить, что в целом, у людей с низким доходом – молодых семей, престарелых, безработных – возможностей для здорового питания меньше.

Чтобы предотвратить хронические болезни, надо есть больше свежих овощей, фруктов и бобовых, а также минимально переработанных продуктов с высоким содержанием крахмала, и поменьше – животных жиров, сахара-рафинада и соли. Эти рекомендации одобрены более чем 100 комитетами экспертов.

Рисунок 8. Смертность от ишемической болезни сердца в соотношении с обеспечением населения фруктами и овощами в отдельных европейских странах



Выводы и рекомендации

Местные и национальные государственные учреждения, международные и неправительственные организации, пищевая промышленность должны обеспечить:

- интеграцию интересов и ценностей общественного здравоохранения в работу пищевой промышленности и системы общественного питания, с тем чтобы обеспечить экономически доступные и свежие питательные продукты для всего населения и особенно для наиболее уязвимых групп людей;
- демократические и открытые механизмы принятия решений и подотчетности во всех вопросах, относящихся к регулированию качества и доступности продуктов питания, участие в решении которых должны принимать все заинтересованные стороны, включая потребителей;

- поддержку “щадящих” методов ведения сельского хозяйства и производства пищи, которые не истощают природные ресурсы и не наносят вреда окружающей среде;
- повышение культуры здорового питания, особенно в рамках школьного обучения, с тем чтобы повысить уровень знаний людей по вопросам пищи и питания, и их умения и навыки приготовления пищи и выращивания сельхозпродукции, а также придать большую социальную ценность практике совместного приготовления пищи с последующей совместной трапезой;
- доступность полезной информации, особенно информации, предназначенной для детей, о пищевых продуктах, рационе питания и здоровье;
- применение научно обоснованных норм потребления питательных веществ и основанных на пищевых продуктах рекомендаций по рациону питания для разработки и реализации стратегий и программ в области пищевых продуктов и питания.

ЛИТЕРАТУРА

Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916) (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf, accessed 14 August 2003).

First Action Plan for Food and Nutrition Policy [web pages]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (http://www.euro.who.int/nutrition/ActionPlan/20020729_1, accessed 14 August 2003).

Roos G et al. Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:35–43.

Systematic reviews in nutrition. Transforming the evidence on nutrition and health into knowledge [web site]. London,

University College London, 2003 (<http://www.nutritionreviews.org/>, accessed 14 August 2003).

World Cancer Research Fund. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective.* Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 1997 (<http://www.aicr.org/exreport.html>, accessed 14 August 2003).

Рисунок 8: FAOSTAT (Food balance sheets) [database online]. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 25 September 2003.

WHO mortality database [database online]. Geneva, World Health Organization, 25 September 2003.

Health for all database [database online]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 25 September 2003.



10. ТРАНСПОРТ

Концепция развития здорового транспорта предусматривает более редкое использование автомобилей, поощрение ходьбы и использования велосипедов, а также совершенствование системы общественного транспорта.

Что нам известно?

Езда на велосипеде, ходьба и пользование общественным транспортом улучшают здоровье посредством: 1) повышения уровня физической активности людей, 2) уменьшения числа аварий, 3) благоприятствования межличностному общению и 4) снижения загрязнения воздуха.

Прогресс в области механизации и автоматизации труда привел к снижению физической активности людей на работе и дома и внес вклад в растущую эпидемию ожирения, и поэтому людям следует изыскать новые способы увеличения своей физической активности в повседневной жизни. Надлежащая транспортная политика может сыграть ключевую роль в борьбе с сидячим образом жизни, если она будет способствовать тому, чтобы люди меньше пользовались личным автотранспортом, чаще ходили пешком и ездили на велосипеде, а также позволит расширить систему общественного транспорта. Регулярные физические упражнения не только защищают людей от сердечно-сосудистых заболеваний, но и, препятствуя ожирению, снижают заболеваемость диабетом. Они также способствуют хорошему самочувствию и защищают пожилых от депрессии.

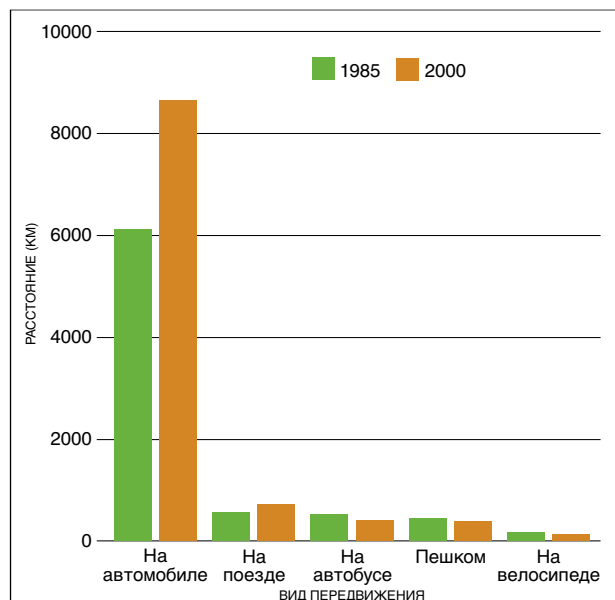
Предпочтение на улицах следует отдавать велосипедистам.

Уменьшение автомобильного движения также позволило бы снизить частоту серьезных дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и, следовательно, показатели связанных с ними смертности и травматизма. Здесь следует также отметить, что жертвами автодорожных аварий становятся не только водители и пассажиры, но и велосипедисты и пешеходы, в то время как в случае дорожных происшествий, где виновником является велосипедист, пострадавших бывает относительно мало. А хорошо спланированный



© FINN FRANSEN/POLFO

Рисунок 9. Расстояние, на которое перемещаются люди, в разбивке по способу передвижения, Великобритания, 1985 и 2000 гг.



город, где велосипедисты и пешеходы отделены от автомобильного движения, обеспечивает еще большую безопасность для велосипедистов и пешеходов.

Автомобили изолируют людей друг от друга, тогда как расширение велосипедного и пешеходного движения, вместе с широким использованием общественного транспорта, создает более благоприятные условия для общения.

Автомобильное движение разобщает жителей города и отделяет одну сторону улицы от другой. Сокращение числа пешеходов означает, что улицы города перестают быть общественным местом, и одинокие пешеходы часто боятся стать

жертвой нападения. Более того, в пригородах, где отсутствует система общественного транспорта, люди без личных автомашин, особенно молодежь и пожилые, оказываются изолированными, в то время как хорошо известно, что социальная изоляция и отсутствие межличностного общения тесно связаны с ухудшением здоровья.

Сокращение автомобильного движения означает и уменьшение загрязнения окружающей среды вредными для здоровья выхлопными газами. Ходьба и езда на велосипеде имеют еще и то преимущество, что при этом не расходуются невозполняемые запасы топлива, не оказывается негативного воздействия на климат планеты, почти не возникает шума и не происходит выброса загрязнителей атмосферного воздуха. Поэтому эти виды передвижения идеально подходят для компактных, экологически чистых городов будущего.

Выводы и рекомендации

В 21-ом столетии необходимо добиться уменьшения зависимости людей от автомобилей. Однако во всех европейских странах быстро увеличивается доля людей, пользующихся автомобилями, несмотря на очевидный вред для здоровья, и уменьшается число людей, передвигающихся пешком или на велосипедах (рис. 9). На национальном и местном уровнях необходимо принять и проводить такую политику, которая могла бы обратить вспять эти тенденции. Но транспортные лобби сильны, т.к. использование автомобилей имеет очень большое значение для многих сфер экономики, таких, например, как добыча нефти, производство резины, строительство дорог; производство автомобилей, их ремонт и продажа, а также реклама, связанная со всеми этими отраслями.

- Улицы, особенно в городах, следует спланировать таким образом, чтобы передвигаться на небольшие расстояния было удобнее пешком или на велосипеде.
- Для более дальних поездок следует улучшить работу общественного транспорта как городского, так и пригородного.
- Для этого необходимо изменить существующую систему экономических стимулов, например, снизить государственные субсидии на строительство дорог, увеличить капиталовложения в общественный транспорт, повысить налоги на использование автомобилей для деловых поездок, увеличить плату за пользование стоянками и штрафы за стоянку в неполюженном месте.
- Нужны также изменения в политике землепользования: превращение части дорог в зеленые зоны, сокращение числа автостоянок, запрещение автомобильного движения на некоторых улицах, расширение автобусного движения, увеличение числа велосипедных дорожек, сокращение роста пригородных зон с малой плотностью населения и строительства загородных супермаркетов, что приводит к более интенсивному автомобильному движению.
- Существующие данные свидетельствуют о том, что строительство новых дорог стимулирует рост автомобильного движения, тогда как разного рода ограничения на пользование автомобилями, вопреки ожиданию, могут уменьшить загруженность улиц транспортом.

ЛИТЕРАТУРА

Davies A. *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.

Fletcher T, McMichael AJ, eds. *Health at the crossroads: transport policy and urban health*. New York, NY, Wiley, 1996.

Making the connections: transport and social exclusion. London, Social Exclusion Unit, Office of the Deputy Prime Minister, 2003 (<http://www.socialexclusionunit.gov.uk/published.htm>, accessed 14 August 2003).

McCarthy M. Transport and health. In: Marmot MG, Wilkinson R, eds. *The social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999:132–154.

Transport, environment and health in Europe: evidence, initiatives and examples. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hcp/UrbanHealthTopics/20011207_1, accessed 14 August 2003).

Рисунок 9: Transport trends 2002: articles (Section 2: personal travel by mode). London, Department for Transport, 2002 (http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_transstats/documents/page/dft_transstats_506978.hcsp, accessed 18 September 2003).

Стресс

Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г. (<http://www.who.int/whr2001/2001/>, по состоянию на 14 августа 2003 г.).

World report on violence and health [Всемирный доклад “Насилие и его влияние на здоровье”]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/, по состоянию на 14 августа 2003 г.).

Раннее детство

A critical link – interventions for physical growth and psychosocial development: a review. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CHS_SAH_99.3.pdf, по состоянию на 14 августа 2003 г.).

Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health [Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г. (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=english>, по состоянию на 14 августа 2003 г.).

Социальное отчуждение

Ziglio E et al., eds. Системы здравоохранения против бедности. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г. (Анализ конкретных ситуаций в сфере общественного здравоохранения, № 1) (<http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, по состоянию на 14 августа 2003 г.).

Химическая зависимость

Framework Convention on Tobacco Control [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/gb/fctc/>, по состоянию на 14 августа 2003 г.).

Global status report on alcohol. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm, по состоянию на 14 августа 2003 г.).

The European report on tobacco control policy. Review of implementation of the Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1997–2001. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/tob/tobconf2002/edoc8.pdf>, по состоянию на 14 августа 2003 г.).

Продукты питания

Global strategy for infant and young child feeding [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm, по состоянию на 15 августа 2003 г.).

Globalization, diets and noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/hpr/NPH/docs/globalization.diet.and.ncds.pdf>, по состоянию на 15 августа 2003 г.).

WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/hpr/global.strategy.shtml>, по состоянию на 15 августа 2003 г.).



Транспорт

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>, по состоянию на 15 августа 2003 г.).

Хартия по транспорту, окружающей среде и здоровью. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (EUR/ICP/ENCO 02 02 05/9 Rev. 4) (http://www.euro.who.int/document/peh-ehp/charter_transporte.pdf, по состоянию на 15 августа 2003 г.).

Dora C, Phillips M, eds. Транспорт, окружающая среда и здоровье. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 89) (<http://www.euro.who.int/document/e72015.pdf>, по состоянию на 15 августа 2003 г.).

Общеввропейская программа по транспорту, охране окружающей среды и здоровья (ОПТООСЗ) (веб-страницы). Женева, Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций, 2003 г. (<http://www.unepce.org/the-pep/new/en/welcome.htm>, по состоянию на 15 августа 2003 г.).



Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая Югославская Республика
Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия и Черногория
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Чешская Республика
Швеция
Швейцария
Эстония

Бедные люди живут меньше и болеют чаще, чем богатые. Эти социальные различия в отношении здоровья привлекли внимание общественности и ученых к такому феномену, как выраженная зависимость состояния людей от социальных условий.

В настоящей публикации анализируются социальные различия, обусловленные состоянием здоровья и разъясняется, каким именно образом психологические и социальные факторы влияют на физическое здоровье и продолжительность жизни людей. Затем в ней рассматривается имеющаяся на сегодняшний день информация о наиболее важных социальных составляющих здоровья, а также о той роли, которую общественная политика может сыграть в формировании более благоприятных для здоровья социальных условий.

При подготовке второго издания данной публикации были использованы наиболее современные источники информации об основных социальных составляющих здоровья в современном обществе. Ключевые источники научных данных указаны по каждому рассматриваемому явлению: стрессы, ранний период жизни, социальное отчуждение, условия труда, безработица, социальная поддержка, химическая зависимость, здоровые продукты питания, транспортная политика.

Политические и практические действия в интересах здоровья должны быть направлены на улучшение социальных составляющих здоровья и устранение вредных факторов еще до того, как они привели к развитию тех или иных проблем. Для достижения этих целей ответственным работникам и всем лицам и структурам, занимающимся вопросами общественного здравоохранения, необходимо приложить самые все усилия. В данной публикации приводятся фактические данные, различные стратегии и подходы, которые помогут им работать в этом направлении наиболее эффективным образом.

ISBN 92 890 4370 9

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17

Факс: +45 39 17 18 18

Эл. почта: postmaster@euro.who.int

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>