

Физическая активность и здоровье в Европе



**АРГУМЕНТЫ
В ПОЛЬЗУ
ДЕЙСТВИЙ**

**Физическая активность
и здоровье в Европе:
аргументы в пользу действий**

Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию международной деятельности в области общественного здравоохранения. Одной из уставных функций ВОЗ является предоставление объективных и достоверных данных и рекомендаций по вопросам охраны здоровья населения, и ее издательская деятельность – это один из путей выполнения данной функции. Посредством своих публикаций ВОЗ стремится помочь странам разрабатывать и осуществлять стратегии, направленные на улучшение здоровья людей и решение наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ – это одно из шести расположенных в различных частях мира региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением около 880 млн. человек простирается от Северного ледовитого океана до Средиземного моря с севера на юг и от Атлантического до Тихого океана с запада на восток. Европейская программа ВОЗ оказывает помощь всем странам Региона в разработке и совершенствовании их стратегий, систем и программ здравоохранения; в предотвращении и устранении опасностей для здоровья населения; в повышении готовности стран к решению будущих проблем здравоохранения; и в пропаганде и реализации мер, направленных на охрану и улучшение здоровья населения.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и научно обоснованных рекомендаций по вопросам охраны здоровья ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Содействуя укреплению и охране здоровья населения, а также профилактике и борьбе с болезнями, книги и другие публикации ВОЗ способствуют выполнению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми максимально возможного уровня здоровья.



ЕВРОПА

Физическая активность и здоровье в Европе: аргументы в пользу действий

Под редакцией:

Nick Cavill, Sonja Kahlmeier и
Francesca Racioppi

WHO Library Cataloguing in Publication Data

Physical activity and health in Europe: evidence for action / edited by Nick Cavill,
Sonja Kahlmeier and Francesca Racioppi.

1.Motor activity 2.Physical fitness 3.Exercise 4.Life style 5.Health behavior
6. Health status indicators 7.Health promotion 8.Europe I.Cavill, Nick
II.Kahlmeier, Sonja III.Racioppi, Francesca

ISBN 92 890 4387 3

(NLM Classification : QT 255)

ISBN 92-890-4387-3

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию о здоровье и здравоохранении или на получение разрешения на цитирование или перевод можно заполнить в режиме онлайн на веб-сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© **Всемирная организация здравоохранения, 2006 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.

Отпечатано в Дании

СОДЕРЖАНИЕ

Составители	vi
Выражение благодарности	viii
Предисловие	ix
Ключевые положения	xi
Введение	1
Принципы, лежащие в основе действий.....	3
Определения	3
Какой уровень физической активности необходим человеку для поддержания здоровья?	4
1. В чем заключается важность физической активности для здоровья?	6
Влияние на здоровье	7
Воздействие на общество	8
2. Что мы знаем об имеющихся сегодня уровнях физической активности?	10
Насколько активны жители Европейского региона?	10
3. Какие факторы и условия влияют на физическую активность?	13
Макросреда.....	14
Микросреда.....	15
Индивидуальные факторы	16
4. Что могут сделать сектор здравоохранения и другие сектора для повышения уровня физической активности?	18
Стратегия	18
Роль системы здравоохранения	21
Обоснованность действий	24
Макросреда.....	24
Микросреда.....	26
Индивидуальные факторы	28
5. Последующие шаги	31
Библиография	33
Приложение 1. Дополнительная литература	40

Составители

Finn Berggren

Академия физического воспитания и спорта «Герлев», Слагелсе, Дания

Nick Cavill

Консультант по вопросам укрепления здоровья, Чешир, Соединенное Королевство

Peggy Edwards

Группа Челси, Оттава, Онтарио, Канада

Sonja Kahlmeier

Технический сотрудник, Транспорт и здоровье, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ

Eva Martin-Diener

Швейцарское федеральное агентство по вопросам спорта, Магглинген, Швейцария

Pekka Oja

Институт UKK по исследованиям в области укрепления здоровья, Тампере, Финляндия
Институт Каролинска, Стокгольм, Швеция

Jean-Michel Oppert

Университет им. Пьера и Марии Кюри, Отдел питания, Госпиталь Отель-Дье, Париж, Франция

Mireille van Poppel

Медицинский центр Университета VU, Амстердам, Нидерланды

Francesca Racioppi

Научный сотрудник, Транспорт и здоровье, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ

Agis Tsouros

Региональный советник, Здоровые города и городское управление, Европейское региональное бюро ВОЗ

Ilkka Vuori

Институт UKK по исследованиям в области укрепления здоровья, Тампере, Финляндия

Дополнительные составители описаний под рубрикой «В фокусе»

Roar Blom

Технический сотрудник, Физическая активность и здоровье, Европейское региональное бюро ВОЗ

Johan Faskunger

Национальный институт общественного здравоохранения, Стокгольм, Швеция

Andrea Backovic Jurican

Центр коммунального здравоохранения, Общественная программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI), Любляна, Словения

Matti Leijon

Муниципальный совет Остерготланда, Стокгольм, Швеция

Brian Martin

Швейцарское федеральное агентство по вопросам спорта, Магглинген, Швейцария

Mauro Palazzi

Отдел общественного здравоохранения, Чезена, Италия

Jožica Maučec Zakotnik

Центр коммунального здравоохранения, Общественная программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI), Любляна, Словения

Выражение благодарности

Настоящая публикация была подготовлена при поддержке Министерства здравоохранения Италии и Швейцарского федерального агентства по вопросам спорта. Работа над ней осуществлялась в тесной связи с процессом создания **сопроводительной публикации ВОЗ “Содействие физически активному образу жизни в городских условиях: роль местных органов власти”**, благодаря активному сотрудничеству между двумя программами ВОЗ (Транспорт и здоровье; Здоровые города и городское управление) и вовлеченными международными экспертами. Координация осуществлялась силами объединенной координационной группы в числе шести представителей авторского коллектива: Finn Berggren, Nick Cavill, Peggy Edwards, Sonja Kahlmeier, Francesca Racioppi и Agis Tsouros.

Выражается признательность следующим рецензентам за их полезные замечания в процессе работы над рукописью:

- Fiona Bull, Университет Лафборо, Соединенное Королевство;
- Harry Rutter, Юго-Восточная обсерватория общественного здравоохранения, Оксфорд, Соединенное Королевство;
- Thomas L. Schmid, Центры по контролю и профилактике болезней, Атланта, США.

В заключение, мы хотим поблагодарить участников международного проекта сотрудничества, членов Европейской сети по развитию оздоровительной физической активности за их поддержку и ценный вклад, внесенный в подготовку данной публикации.

Nick Cavill, Sonja Kahlmeier и Francesca Racioppi

Предисловие

Физическая активность – это мощное средство улучшения физического и психического здоровья. Однако слишком многие люди в повседневной жизни лишены физической активности, что ведет к тяжелым последствиям для их здоровья и благополучия. По оценочным данным, в Европейском регионе ВОЗ ежегодно почти 600 000 случаев смерти обусловлено сниженным уровнем физической активности населения. Устранение этого ведущего фактора риска привело бы к снижению угрозы таких нарушений здоровья, как сердечно-сосудистые заболевания, инсулиннезависимый сахарный диабет, повышенное артериальное давление, некоторые разновидности злокачественных новообразований, болезни костно-мышечной системы, а также психологические расстройства. Физическая активность – это один из ключевых факторов в борьбе с современной эпидемией избыточной массы тела и ожирения, которая стала новой глобальной проблемой общественного здравоохранения.

По мере того как продолжают накапливаться фактические данные, свидетельствующие о важности физической активности для здоровья, ВОЗ, в сотрудничестве со своими партнерами, оказывает помощь государствам-членам в их усилиях по преодолению существующих в Регионе негативных тенденций и возвращению физической активности в повседневную жизнь людей. Масштаб проблемы обуславливает необходимость нового понимания и развития новых, эффективных подходов на уровне всего населения. Он требует также повышения уровня информированности, политической приверженности и поддержки со стороны широкого круга заинтересованных структур и партнеров как внутри, так и за пределами сферы общественного здравоохранения. Речь идет об

укреплении существующих партнерств, например с секторами образования и спорта, а также о развитии новых – с отраслями, играющими важную роль в формировании условий окружающей среды и местных сообществ: с секторами транспорта, охраны окружающей среды, городского планирования, с работодателями и структурами гражданского общества. Вклад систем здравоохранения может заключаться в предоставлении фактических данных об эффективности тех или иных подходов, содействии обмену опытом и знаниями, в популяризации и пропаганде физической активности в других секторах и предоставлении им методического инструментария для интегрирования физической активности в широкий круг разрабатываемых стратегических направлений, а также во включении данной темы в основную повестку дня политики охраны здоровья людей.

Настоящая публикация составлена в рамках подготовки к Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением (Стамбул, Турция, ноябрь 2006 г.). Ее основная цель – предоставить руководителям и другим заинтересованным лицам в различных секторах, на различных уровнях государственного управления и в структурах гражданского общества стран Европы краткий обзор выявленных связей между здоровьем и физической активностью, факторов, влияющих на ее уровень, а также подходов, направленных на то, чтобы физическая активность стала неотъемлемой частью повседневной жизни. Мы надеемся, что это поможет достичь общего понимания проблемы и развить творческий диалог между многими действующими лицами, которые в силах способствовать формированию и распространению физически активного образа жизни. Во многих странах

Европейского региона можно видеть примеры того, как люди вновь включают физическую активность в свой повседневный быт в качестве ценного и доставляющего радость элемента здорового образа жизни – по пути на работу или в школу, знакомясь с местными достопримечательностями и наслаждаясь красотой

окружающей природы, отдыхая и развлекаясь в часы досуга.

Marc Danzon
*Директор Европейского регионального
бюро ВОЗ*

Ключевые положения

Имеется достаточно информации об эффективных и перспективных вмешательствах, что позволяет уже сегодня разрабатывать и осуществлять всеобъемлющие программы и стратегии, направленные на содействие физически активному образу жизни.

Физическая активность – это мощное средство улучшения физического и психического здоровья людей. Она способствует снижению риска многих неинфекционных болезней, а также приносит значительную общественную пользу, стимулируя социальные взаимодействия и вовлечение сообществ.

Однако в современных условиях, в XXI веке, повседневная жизнь дает меньше возможностей для физической активности; распространение в связи с этим малоподвижного образа жизни влечет серьезные последствия для здоровья населения.

Уровень физической активности двух третей взрослого населения (в возрасте 15 лет и старше) стран Европейского союза не достигает рекомендуемых значений. Отмечается прямая зависимость физической активности во время отдыха от социально-экономического статуса людей. У менее обеспеченных людей меньше свободного времени и хуже доступ к местам активного отдыха, их жилищная среда нередко не способствует физической активности.

Создание условий, способствующих физически активному образу жизни, – это задача всего общества. В XXI веке стимулирование физической активности должно трактоваться не как роскошь, а как необходимость. Действия в этом направлении должны отвечать следующим условиям:

- фокусироваться на вопросах физической активности в самом широком смысле этого понятия;
- носить мультисекторальный характер;
- включать меры, предпринимаемые на уровне всего населения;
- улучшать условия для проявления физической активности;
- снижать остроту социальных неравенств в отношении доступа к соответствующим условиям и возможностей для проявления физической активности.

Необходимо обеспечить мониторинг физической активности на популяционном уровне с использованием сопоставимых методов динамической количественной оценки. Это позволит наиболее эффективно определять целевые группы и планировать программы, направленные на укрепление здоровья населения.

Следует предпринимать усилия в направлении трех типов детерминант малоактивного образа жизни; к ним относятся индивидуальные факторы (отношение человека к физической активности в целом, вера в свою способность вести активный образ жизни), микросреда (насколько располагают к физической активности условия проживания и труда, а также насколько ее поддерживают социальные нормы и местные сообщества), и макросреда (общие социально-экономические, культурные и экологические условия).

Системы здравоохранения могут способствовать осуществлению многоуровневых координированных действий по вовлечению большего числа

людей в оздоровительную физическую активность, например по следующим направлениям:

- предоставление фактических данных относительно эффективности тех или иных подходов;
- содействие обмену опытом и знаниями;
- популяризация и пропаганда физической активности в других секторах и предоставление им методического инструментария для интегрирования физической активности в широкий круг разрабатываемых ими стратегических направлений;
- обеспечение включения вопросов физической активности в основную повестку дня политики охраны здоровья людей.

Проблема физической активности представляет важность не только для общественного здравоохранения: речь идет о благосостоянии местных сообществ, охране окружающей среды и вложении ресурсов на благо будущих поколений. Перед странами Европейского региона ВОЗ стоит задача преодолеть имеющиеся тенденции к снижению активности и создать такие условия, когда люди смогут укреплять свое здоровье путем физической активности, которая станет неотъемлемой частью повседневной жизни. Действия должны быть широкомасштабными, последовательными и согласованными на различных уровнях государственного управления и между различными секторами.

Введение



© ВИАКИ МАТИН

Физическая активность – это одна из основных человеческих функций. За миллионы лет эволюции тело человека постепенно превратилось в самый сложный механизм, способный выполнять разнообразные физические действия: от ходьбы, бега и лазания, благодаря работе крупных мышечных групп, – до самых точных ручных манипуляций.

Собирателям и охотникам первобытной эпохи приходилось постоянно преодолевать большие расстояния в поисках пищи, а также уметь быстро бегать, чтобы спастись от врагов. Пищи нередко не хватало, и добыть ее было нелегко, поэтому человеческий

организм приобрел способность запасать энергию, чтобы использовать ее в период голода. По мере развития цивилизации, такие виды деятельности, как сельское хозяйство, строительство, транспорт, всегда требовали значительных физических усилий и двигательной активности. Однако в наше время, в начале XXI столетия, повседневная необходимость в физической активности до такой степени снизилась, что люди стали забывать, насколько важна она для их здоровья и благополучия. Изобилие и легкость доступа к пище для большинства населения западных стран привели во многих из них к вызывающему тревогу росту ожирения.

Общее снижение уровня физической активности противоречит общепринятому мнению, что в западных странах особенно много людей, поглощенных идеей поддержания своей физической формы. Несмотря на неимоверное число сооружений для занятий физкультурой и спортом и на широкое освещение вопросов здоровья и физической формы в средствах массовой информации, имеющиеся у людей возможности и знания, по всей видимости, не приводят к соответствующим изменениям образа жизни.

Малоподвижный образ жизни влечет тяжелые последствия для здоровья населения. Наиболее заметное из них – резкий рост распространенности ожирения, наблюдаемый в последние годы по всему Региону. Ожирение – это не только проблема внешнего вида; оно приводит к серьезным нарушениям здоровья, прежде всего к повышению риска развития диабета и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Как отмечено в Главе 1, недостаточный уровень физической активности обуславливает значительную долю глобального бремени болезней, смертности и инвалидности.

Результаты эпидемиологических опросов, проведенных в разных странах Европейского региона, свидетельствуют о низком уровне общей физической активности во многих группах населения (см. Главу 2). Складывается впечатление, что физическая активность практически исчезает из нашей жизни. Люди все больше пользуются автомобилями, их работа становится все более сидячей, время отдыха все больше тратится на малоподвижные занятия. В результате технического прогресса даже простейшие операции становятся механизированными, и людям не приходится больше тратить собственную энергию для обеспечения жизнедеятельности. Иными словами, у человека есть все возможности для того, чтобы вести крайне малоподвижный образ жизни, и общество, по-видимому, поддерживает эту тенденцию (см. Главу 3).

Решение данной проблемы лежит не только в сфере индивидуальной ответственности. Создание условий, способствующих активному образу жизни, – это задача

всего общества. В XXI веке стимулирование физической активности должно трактоваться не как роскошь, а как необходимость.

Этой насущной социальной проблеме должны уделять внимание не только организаторы здравоохранения и политики. Ее решение требует деятельного участия представителей широкого круга секторов и профессий, для многих из которых вопросы физической активности не входят в число приоритетных. Речь идет о специалистах по городскому планированию, учителях, экологах, транспортных инженерах, работниках физкультуры и спорта, а также работодателях в государственном и частном секторах.

Необходимы активные действия, которые не должны ограничиваться традиционными мероприятиями санитарного просвещения, такими как индивидуальные консультации, массовая социальная реклама или рекомендации в ходе оказания первичной медико-санитарной помощи. Такие меры охватывают в лучшем случае лишь малую часть населения. Поэтому, наряду с ними, следует осуществлять комплексные согласованные действия, направленные на такое изменение окружающей среды, которое сможет более полно способствовать поддержанию физически активного образа жизни. Многие из требуемых изменений окружающей среды находятся вне сферы компетенции системы здравоохранения, поэтому она должна занять активную лидирующую позицию, чтобы получить поддержку других секторов. Их вовлечению в работу по развитию физической активности могут во многом способствовать демонстрация удачных примеров и освещение возможностей применения беспроектных подходов (см. более подробно в Главе 4).

Одно из важных направлений работы – популяризация оздоровительной физической активности. Она подчеркивает важность того, чтобы физическая активность становилась неотъемлемой частью повседневной жизни, а не только была факультативной добавкой к расписанию в конце делового дня. Данный буклет предназначен для руководителей и

других заинтересованных лиц в различных секторах, деятельность которых может способствовать развитию физической активности, в том числе представителей системы здравоохранения, сферы спорта и отдыха, транспорта, городского планирования, образования, а также средств массовой информации. В нем приведены факты, касающиеся оздоровительной физической активности, примеры уже осуществленных практических подходов, аргументы в пользу комплексных согласованных действий в масштабе Европейского региона. В Приложении 1 приведен перечень дополнительной литературы, содержащей более детальную информацию по данной теме.

Принципы, лежащие в основе действий

Ключевые принципы, лежащие в основе действий (адаптированные из Шведского плана действий (1)), более подробно освещены в Главе 4. В целом, эти действия должны отвечать следующим основным требованиям:

- использование расширенного определения понятия «физическая активность»;
- действия с позиций общественного здравоохранения и осуществление программ, основанных на объективно установленных потребностях населения;
- вовлечение всех заинтересованных секторов и проведение работы параллельно на многих уровнях – от международного до местного;
- улучшение условий и возможностей для проявления физической активности;
- максимальное смягчение социальных неравенств в возможности вести физически активный образ жизни;
- опора на фактические данные, подтверждающие эффективность тех или иных методов и подходов.

Определения

В настоящем буклете используется следующее научное определение понятия **физическая активность (physical activity)**: «Любая работа, совершаемая скелетной мускулатурой, приводящая к затрате энергии сверх уровня, характерного для состояния покоя» (2).

Это намеренно широкое определение означает, что важны практически любые виды двигательной активности, в том числе ходьба пешком и езда на велосипеде, танцы, подвижные игры, работа по дому и в саду, а также занятия физической культурой и спортом. Физкультура и спорт рассматриваются как особые типы физической активности: спорт, как правило, включает те или иные формы состязательности, занятия физкультурой предполагают наличие целенаправленных упражнений для улучшения физической формы и здоровья.

В Европейском регионе широко используется термин **оздоровительная (оздоровляющая) физическая активность (health-enhancing physical activity)**. Он подчеркивает связь физической активности со здоровьем и обозначает «любую форму физической активности, способствующей укреплению здоровья и повышению функциональных возможностей, но не наносящей вреда и не связанной с неоправданным риском» (3).

Физически активный образ жизни (active living) – такой образ жизни, при котором повседневные занятия человека органично включают те или иные формы физической активности. Каждый взрослый человек должен стремиться к тому, чтобы ежедневная продолжительность его физической активности составляла на менее получаса (4).

Физическая активность может иметь различную **интенсивность (intensity)**, в зависимости от прилагаемых усилий. Интенсивность (физическая нагрузка) обусловлена как типом активности, так и индивидуальными физическими возможностями. Так, например, бег характеризуется более интенсивной нагрузкой, чем спокойная ходьба, а молодому, физически крепкому человеку легче идти с заданной скоростью, чем пожилому и менее тренированному.

В целом, оздоровительная физическая активность предполагает как минимум умеренную интенсивность. **Умеренно интенсивная физическая активность (moderate-intensity physical activity)** приводит к учащению пульса,

ощущению тепла и небольшой одышке. Она повышает уровень метаболизма в 3–6 раз по сравнению с состоянием покоя (3–6 метаболических эквивалентов, MET).

Для большинства людей с малоподвижным образом жизни 3 MET соответствует ходьбе в среднем темпе. Для более активных и тренированных людей умеренно интенсивная физическая активность эквивалентна ускоренной ходьбе или медленному бегу трусцой. В большинстве медико-санитарных рекомендаций по физической активности указывается на необходимость как минимум умеренной интенсивности; это дает возможность включения самых разнообразных видов деятельности.

Высокоинтенсивная физическая активность (vigorous-intensity physical activities) приводит к усиленному потоотделению и резкому учащению дыхания. Речь обычно идет о занятиях спортом или о целенаправленных физических упражнениях, таких, как, например, бег или быстрая езда на велосипеде. Высокоинтенсивная физическая активность повышает уровень метаболизма не менее, чем в 6 раз по сравнению с состоянием покоя (6 MET).

Какой уровень физической активности необходим человеку для поддержания здоровья?

В последние годы была достигнута общая точка зрения относительно объема и типа физической активности, рекомендуемых для улучшения и поддержания здоровья (5–7). В Европейском регионе нет официально принятых рекомендаций относительно уровня физической активности, однако, по мнению международных экспертов, человеку необходимо уделять в общей сложности не менее получаса умеренно интенсивной физической активности ежедневно в течение большей части недели. В соответствии с Глобальной стратегией

ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья (6):

...рекомендуется обеспечивать адекватный уровень [физической активности] на протяжении всей жизни. Для различных результатов с точки зрения здоровья требуются различные формы физической активности: по крайней мере, 30 минут регулярной физической активности умеренной интенсивности в большинство дней недели уменьшают риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, рака ободочной кишки и рака молочной железы. Укрепление мускулатуры и поддержание навыков равновесия может снизить риск падений и улучшить функциональное состояние пожилых людей. Более активная физическая нагрузка необходима для борьбы с избыточным весом.

Рекомендации для детей и молодежи в целом указывают на необходимость в этом возрасте посвящать больше времени физической активности. Так, глава медико-санитарной службы Соединенного Королевства, на основе международного консенсуса, рекомендует следующие уровни активности (5):

Дети и молодежь должны стремиться уделять умеренно интенсивной физической активности в совокупности не менее 60 минут ежедневно. По крайней мере дважды в неделю эта активность должна включать движения, направленные на улучшение состояния костной системы (упражнения, связанные с высокой нагрузкой на кости скелета), на развитие мышечной силы и гибкости.

Эти рекомендации носят лишь общий характер, и они могут видоизменяться в зависимости от конкретных индивидуальных потребностей и условий, а также в связи с общественными ценностями и особенностями культуры различных стран. В Таблице 1 приведены примеры оздоровительной физической активности для людей различного возраста.

Таблица 1. Как люди различного возраста могут достичь рекомендованного уровня физической активности

Возраст и род занятий	Формы физической активности
Дети младшего школьного возраста	Ходьба пешком в школу и домой Физкультурные занятия и подвижные игры в школе (на переменах, на уроках физкультуры и в секциях) 3–4 раза в неделю подвижные игры после школы В выходные дни: более длительные пешие прогулки, посещение парка или бассейна, прогулки на велосипеде
Подростки	Ходьба пешком (или езда на велосипеде) в школу и домой По будним дням 3–4 организованных или самостоятельных занятий спортом или другими формами физической активности В выходные дни: пешие и велосипедные прогулки, плавание, другие спортивные занятия
Студенты	Ежедневная ходьба пешком (или езда на велосипеде) в учебное заведение и домой Использование любой возможности физической нагрузки: ходьба по лестнице (вместо лифта), различный ручной труд По будним дням 2–3 раза в неделю организованные занятия спортом или физические упражнения, посещение спортзала или бассейна В выходные дни: более длительные пешие или велосипедные прогулки, плавание, другие спортивные занятия
Взрослые, работающие по найму	Ходьба пешком или езда на велосипеде на работу Использование любой возможности физической нагрузки: ходьба по лестнице (вместо лифта), различный ручной труд По будним дням 2–3 раза занятия спортом, упражнения в спортзале или посещения бассейна В выходные дни: более длительные пешие или велосипедные прогулки, плавание, занятия спортом, ремонтные работы по дому, работа в саду
Взрослые, работающие на дому	Ежедневные прогулки, уход за садом или ремонтные работы по дому Использование любой возможности физической нагрузки: ходьба по лестнице (вместо лифта), различный ручной труд По будним дням иногда занятия спортом, упражнения в спортзале или посещение бассейна В выходные дни: более длительные пешие или велосипедные прогулки, занятия спортом
Взрослые, неработающие	Ежедневные прогулки, уход за садом, ремонтные работы по дому Использование любой возможности физической нагрузки: ходьба по лестнице (вместо лифта), различный ручной труд. В выходные дни: более длительные пешие и велосипедные прогулки, плавание, другие занятия спортом Время от времени занятия спортом, упражнения в спортзале или посещение бассейна
Пенсионеры	Ежедневные пешие или велосипедные прогулки, уход за садом или ремонтные работы по дому Использование любой возможности физической нагрузки: ходьба по лестнице (вместо лифта), различный ручной труд По выходным дням: более длительные пешие прогулки, езда на велосипеде или плавание

Источник: адаптировано из (5).

1. В чем заключается важность физической активности для здоровья?



© SWISS FEDERAL OFFICE OF SPORTS

Хотя результаты характера питания и уровня физической активности для здоровья зачастую взаимодействуют, особенно в отношении ожирения, физическая активность дает дополнительные преимущества для здоровья, которые не зависят от рациона и характера питания.

– Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья (6)

По данным за 2002 г., уровень физической активности двух третей взрослого населения (в возрасте 15 лет и старше) стран Европейского союза (ЕС) не достигал рекомендуемой величины (8). В целом по Европейскому

региону ВОЗ, образ жизни каждого пятого человека характеризуется незначительной степенью или полным отсутствием физической активности; данная проблема более актуальна для восточной части Региона. По оценочным данным, отсутствие физической активности является в Регионе причиной 600 000 случаев смерти ежегодно (5–10% от общей смертности, в зависимости от страны) и приводит к утрате 5,3 млн. лет здоровой жизни вследствие преждевременной смертности и стойких нарушений здоровья (9).

Проблема физической активности крайне важна для общественного здравоохранения, поскольку:

- адекватный уровень физической активности имеет большое значение для многих аспектов здоровья, но при этом –
- лишь немногие люди регулярно посвящают время оздоровительной физической активности.

Влияние на здоровье

Физическая активность дает значительный благотворный эффект в отношении большинства хронических заболеваний (Таблица 2). Этот эффект не сводится к профилактике или ограничению прогрессирования болезни, он также включает совершенствование физической формы, повышение мышечной силы и улучшение качества жизни (10). Это особенно важно для пожилых людей, поскольку регулярная физическая активность повышает уровень их самостоятельности в повседневной жизни.

Силами ВОЗ недавно был осуществлен обзор фактических данных, относящихся к влиянию физической активности на здоровье (11). Ниже приведены его основные положения.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)

Получены весьма убедительные научные аргументы, свидетельствующие о том, что наиболее значительный благотворный эффект физической активности заключается в снижении риска ССЗ (12,13). Риск развития ишемической болезни сердца у людей, ведущих малоподвижный образ жизни, почти вдвое выше, чем у физически активных. Физическая активность способствует также предотвращению инсульта (14,15) и положительно влияет на многие факторы риска ССЗ, в том числе на артериальное давление и содержание холестерина в крови (16).

Избыточная масса тела и ожирение

Низкий уровень физической активности является одной из важных причин резкого роста ожирения в Европейском регионе. Ожирение развивается в тех случаях, когда энергетические поступления в организм с пищей превышают суммарный расход энергии, в частности на физическую активность (11).

Таблица 2. Краткая характеристика влияния физической активности на здоровье

Состояние	Эффект
Ишемическая болезнь сердца	Снижение риска
Инсульт	Снижение риска
Избыточная масса тела и ожирение	Снижение риска
Сахарный диабет II типа	Снижение риска
Рак ободочной кишки	Снижение риска
Рак молочной железы	Снижение риска
Состояние костно-мышечной системы	Улучшение
Падения (в пожилом возрасте)	Снижение риска
Психологический статус	Улучшение
Депрессия	Снижение риска

Масса тела с возрастом обычно увеличивается, однако регулярная физическая активность в течение всей жизни может тормозить этот процесс. Благодаря адекватному уровню активности, можно поддерживать оптимальную массу тела и даже, при необходимости, добиваться снижения веса (17). Последнее крайне важно для тех, у кого уже имеется избыточная масса тела или ожирение (5).

Сахарный диабет

По мере роста распространенности сахарного диабета II типа (инсулиннезависимого), проблема диабета в целом вызывает растущую озабоченность в Регионе. Как правило, диабет II типа развивается у людей старше 40 лет, однако по мере роста распространенности ожирения все чаще встречаются случаи среди детей и молодежи.

Веские научные доказательства свидетельствуют о том, что физическая активность способствует предотвращению диабета II типа (18); для физически активных людей риск примерно на 30% ниже, чем для ведущих малоподвижный образ жизни (19). К снижению риска ведет как умеренно интенсивная, так и высокоинтенсивная физическая активность (20–22), однако она должна носить регулярный характер.

Злокачественные новообразования

Физическая активность способствует снижению суммарного риска в отношении злокачественных

новообразований. Многочисленные исследования продемонстрировали защитный эффект физической активности в отношении риска развития рака ободочной кишки (23–25); для физически активных людей риск примерно на 40% ниже.

Физическая активность также коррелирует со снижением риска рака молочной железы среди женщин после менопаузы (26–29), имеются некоторые данные, указывающие на защитный эффект высокоинтенсивной физической активности по отношению к раку предстательной железы у мужчин (30).

Состояние костно-мышечной системы

Физическая активность в течение всей жизни может улучшать и поддерживать оптимальное физиологическое состояние костно-мышечной системы, а также замедлять процесс ее возрастной деградации, наблюдаемый у людей, ведущих малоподвижный образ жизни (31). У пожилых людей физическая активность способствует поддержанию мышечной силы и гибкости, что позволяет им лучше справляться с выполнением повседневных домашних дел (31–33). Кроме того, регулярная физическая активность снижает риск падений и переломов шейки бедра у пожилых людей (34–37).

Упражнения с опорными нагрузками (такие, как прыжки) способствуют повышению плотности костной ткани (38) и предупреждают развитие остеопороза (5). Это особенно важно для оптимального развития костной структуры у подростков (39), а также для женщин среднего возраста (40).

Психологический статус

Физическая активность может способствовать снижению проявлений депрессии и, возможно, стресса и тревоги (41–44). Она может также оказывать другие положительные эффекты психологического и социального характера, которые, в свою очередь, благотворно влияют на здоровье. Так, например, она помогает развитию социальных навыков у детей (45), формированию позитивной самооценки у женщин (46), развитию чувства уверенности в себе у детей и взрослых (47),

способствует повышению качества жизни (43,48,49). Эти благоприятные результаты, по-видимому, обусловлены как собственно физической активностью, так и связанными с ней позитивными социальными влияниями.

Воздействие на общество

Помимо непосредственного влияния на здоровье, физическая активность может оказывать благотворное воздействие на общество, экономику, а также, косвенным образом, на другие аспекты поведения людей в отношении здоровья.

Позитивное социальное влияние

Физически активный образ жизни дает людям возможность общаться с другими людьми, участвовать в жизни местной общины, познавать окружающую среду. Занятия спортом и другие виды активного отдыха способствуют приобретению новых навыков, новым встречам и знакомствам, таким образом они могут вести к снижению уровней преступности и антисоциального поведения. Стремление к созданию более удобных условий для физической активности может служить стимулом для общего благоустройства конкретной территории, например благодаря созданию парков и зеленых зон, пешеходных или велосипедных дорожек в ранее экологически запущенной местности (50).

К сожалению, разные социальные группы обладают неравными возможностями для активного отдыха и физической активности. Менее обеспеченные люди не могут позволить себе постоянно пользоваться транспортом для того, чтобы попасть в места активного отдыха, и у них, как правило, нет таких возможностей по месту жительства (51).

Влияние на экономику

Помимо ущерба, наносимого за счет смертности, заболеваемости и снижения качества жизни, отсутствие физической активности влечет высокие финансовые затраты во многих странах Европейского региона. Так, в Англии ежегодный экономический ущерб, обусловленный расходами в системе здравоохранения, временной нетрудоспособностью работающих, а также

потерей дохода вследствие преждевременной смерти, оценивается в масштабах от 3 до 12 млрд евро (50). Сюда не входят затраты в связи с избыточной массой тела и ожирением, обусловленными малоподвижным образом жизни, суммарный объем которых может достигать 9,6-10,8 евро ежегодно (52). Аналогичным образом, по результатам исследования, проведенного в Швейцарии, прямые затраты на компенсацию последствий малоподвижного образа жизни людей составляют 1,1–1,5 млрд евро (53). Основываясь на выводах этих двух исследований, можно заключить, что ущерб экономике страны от отсутствия физической активности населения составляет около 150–300 евро на каждого человека в год.

Повышение уровня физической активности может привести к значительному уменьшению общественных затрат, но даже поддержание его на сегодняшних значениях позволило бы сэкономить средства, например

благодаря уменьшению прямых расходов на лечение. По результатам исследования, проведенного в Швейцарии, масштаб такой экономии может составлять около 1,7 млрд евро (53).

Влияние на поведение в отношении здоровья

Наконец, физическая активность имеет тенденцию ассоциироваться с другими элементами здорового образа жизни, такими как рациональное питание, отказ от курения, и поэтому может использоваться для стимулирования других позитивных поведенческих изменений (5). Суммируя все вышеизложенное, следует отметить следующее: физическая активность – это настолько благотворная характеристика образа жизни, с таким мощным потенциалом для улучшения здоровья населения и с таким незначительным риском, что этот вопрос должен занимать центральное место в любой разрабатываемой политике общественного здравоохранения.

2. Что мы знаем об имеющихся сегодня уровнях физической активности?



© EUROPEAN COMMUNITY

Сведения об уровнях физической активности в различных странах Европейского региона, пригодные для международного сравнения, стали появляться лишь в последние годы. Поэтому имеется лишь ограниченное число достоверных количественных данных относительно тенденций и признаков, характеризующих состояние физической активности в странах.

Насколько активны жители Европейского региона?

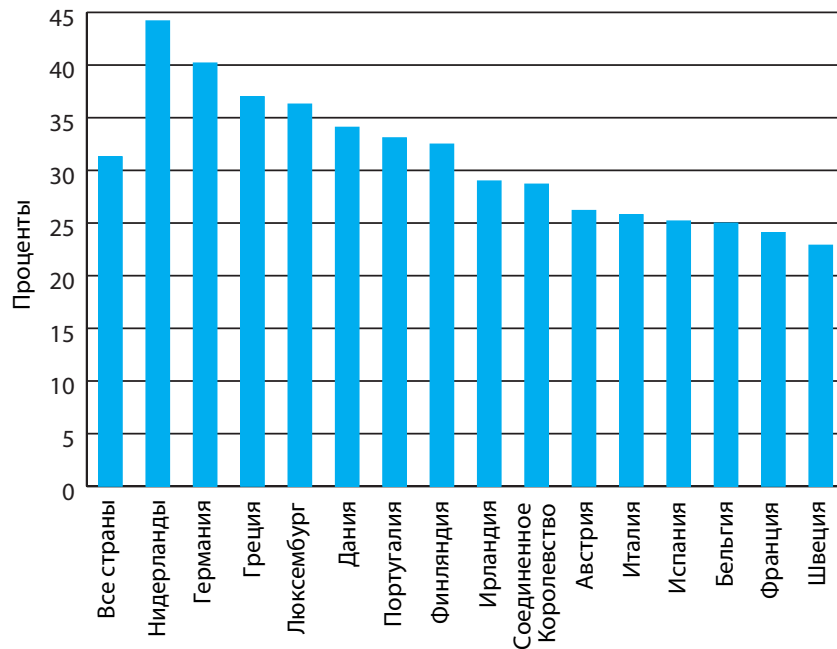
Современные уровни активности

Анализ данных опросного эпидемиологического исследования, проведенного в странах ЕС в 2002 г. (8),

показал, что уровень физической активности двух третей взрослого населения не достигал рекомендуемой величины. В среднем, лишь ответы 31% респондентов свидетельствовали о достаточном уровне физической активности (Рис. 1).

В эпидемиологическом исследовании поведения подростков 11, 13 и 15 лет в отношении здоровья, проведенном в ряде стран Европы в 2001–2002 гг., среди прочих параметров было изучено и состояние физической активности (54). Было выявлено, что лишь примерно у одной трети (34%) респондентов уровень физической активности соответствовал современным рекомендациям: не

Рис. 1. Доля взрослого населения (в возрасте 15 лет и старше) в странах ЕС, уровень физической активности которого оценен как достаточный (данные за 2002 г.)



Источник: Sjöström et al. (8).

менее 1 часа в день, как минимум с умеренно интенсивной нагрузкой, не реже 5 дней в неделю. В большинстве стран мальчики были более активны, чем девочки, причем уровень активности среди тех и других с возрастом уменьшался. Активность колебалась в широких пределах по странам: от 11% девочек и 25% мальчиков во Франции до 51% девочек и 61% мальчиков в Ирландии среди детей в возрасте 11 лет. Аналогичный разброс отмечался во всех возрастных группах; например, среди 15-летних мальчиков доля физически активных составляла в Чешской Республике 49%, в Португалии – лишь 25%.

Динамика показателей

В Регионе было проведено лишь незначительное число исследований с достаточно последовательным сбором данных, позволяющим достоверно оценивать тенденции изменения показателей во времени. Так, например, в 2004 г. исследование в рамках программы Евробарометр (55) повторило опрос, проведенный в 2002 г.

(8), и подключило к нему 10 новых государств-членов ЕС. Этот опрос был в основном посвящен занятиям спортом и выявил увеличение доли людей, занимающихся спортом раз в неделю, с 30% до 38% за период между 2002 и 2004 г. К этим результатам, однако, следует относиться с осторожностью, поскольку речь шла об ответах на единственный вопрос, относящийся к двум различным точкам во времени. Поскольку повторный опрос в основном касался занятий спортом, полученные данные невозможно использовать для оценки физической активности в более широком смысле.

Дефицит сравнимых данных относительно уровней физической активности по странам и отсутствие гармонизированных единиц измерения и индикаторов не позволяют построить четкую картину имеющихся тенденций в рамках Региона (см. отдельные

примеры во Вставке 1). Скудность сведений, получаемых путем повторных эпидемиологических исследований в различных странах Европейского региона, высвечивает весьма важную задачу, стоящую перед руководителями: обеспечить надежный мониторинг физической активности на популяционном уровне с использованием сопоставимых методов динамической количественной оценки. Это позволит наиболее эффективно определять целевые группы и планировать программы, направленные на укрепление здоровья населения.

Измерение физической активности

Физическая активность – это комплексный вид поведения, характеризуемый четырьмя основными параметрами, которые можно сокращенно обозначить в виде аббревиатуры ЧИПТ¹:

¹ В английском оригинале – FITT: Frequency, Intensity, Time, Type (Прим. переводчика).

Вставка 1. Примеры динамики показателей в отдельных европейских странах

Эпидемиологический опрос, проведенный в Швейцарии, показал, что доля населения, характеризующаяся как физически неактивная, выросла с 35,7% в 1992 г. до 39,4% в 1997 г., но затем снизилась до 36,8% в 2002 г. (56).

Начиная с 1979 г. ежегодные эпидемиологические обследования с количественной оценкой уровня физической активности населения проводятся в Финляндии (57). С конца 1970-х годов до середины 1990-х в Финляндии отмечалось общее увеличение доли населения, занято тем или иным видом физической активности два раза в неделю, с 40% до примерно 60%, причем исходный уровень этого показателя для женщин был несколько ниже, а итоговый – слегка выше. С середины 1990-х годов общие показатели для всего населения перестали повышаться, а темпы роста вовлеченности женщин в физическую активность во время отдыха замедлились.

В Соединенном Королевстве источником наиболее достоверных данных о динамике является Национальный опрос о формах передвижения (National Travel Survey). Его результаты показывают, что средняя дистанция, покрываемая человеком в год пешком, в 1999–2001 гг. снизилась на 26% по сравнению с 1975–1976 гг. По отношению к дистанции, покрываемой за счет езды на велосипеде, аналогичное снижение составило 24% (5).

- Частота соответствующих занятий, обычно измеряемая их количеством в течение недели;

- Интенсивность физической активности;
- Продолжительность каждого занятия;
- Тип активности.

Для точной оценки суммарного уровня физической активности необходимо измерять каждую из этих составляющих. В целом, оптимальным методом оценки, охватывающей значительное число людей, является анкетирование. В наиболее достоверных из таких обследований используются тестированные на практике вопросники в случайных выборках, что позволяет обобщать результаты, то есть переносить полученные выводы на все население. Повторяя обследование с применением идентичных методов, можно анализировать динамику показателей.

Разработаны два международных вопросника для оценки состояния оздоровительной физической активности. Первый из них – Международный вопросник по физической активности (58) – позволяет проводить прямые сравнения уровней физической активности населения различных стран. Были составлены, проверены на практике и переведены на несколько языков две версии этого вопросника (краткая и полная). Второй документ – Вопросник ВОЗ по физической активности в странах мира (59) – предназначен для проведения сравнительного анализа в развивающихся странах со значительными культурными различиями среди населения. Он также был испытан в практических условиях и переведен на ряд языков.

3. Какие факторы и условия влияют на физическую активность?



© WHO/FRANCISCA RACOPPI

Почему одни люди активны, а другие нет? Вероятность физически активного образа жизни отдельно человека, группы людей или целого сообщества зависит от комплексного сочетания индивидуальных характеристик, а также факторов микро- и макросреды (Рис. 2). К факторам макросреды относят наиболее общие социально-экономические, культурные и экологические условия. Влияние микросреды заключается в том, насколько располагают к физической активности условия проживания и труда, а также то, насколько ее поддерживают социальные нормы и местные сообщества. Индивидуальные факторы – это отношение человека к физической активности

в целом, вера в свою способность вести активный образ жизни, осведомленность об имеющихся для этого возможностях; эти факторы влияют на вероятность того, попытается ли человек заняться новым для себя видом физической активности (60).

Некоторые из детерминант физически активного образа жизни – такие, как, например, климатические условия или наследственность – изменить практически невозможно. Однако на многие другие можно с успехом влиять путем комбинации краткосрочных и долгосрочных мер. Объединение всех этих мер во всеобъемлющую, комплексную стратегию – ключевая задача

Рис. 2. Детерминанты физической активности



Источник: адаптировано из Dahlgren (61).

руководства на политическом уровне (см. вставку “В фокусе” о Финляндии).

Макросреда

Социально-экономический статус

Социально-экономические условия могут с разных сторон оказывать влияние на физическую активность. Так, отмечается прямая зависимость физической активности во время отдыха от социально-экономического статуса. У менее обеспеченных людей, как правило, меньше свободного времени, хуже доступ к местам активного отдыха, жилая среда не способствует физической активности (63).

Опасения родителей в связи с дорожным движением могут являться мощным сдерживающим фактором, препятствующим тому, чтобы дети ходили пешком или ездили на велосипеде в школу и играли вне помещений, особенно в неблагоустроенных районах. Так, например, в Соединенном Королевстве риск погнубить от дорожно-транспортного несчастного случая для детей из низших социальных классов в пять раз выше по сравнению с их сверстниками из более привилегированных слоев общества. Это во многом объясняется

условиями окружающей среды: в менее обеспеченных семьях дети чаще живут в городских зонах с неудовлетворительным состоянием дорожной безопасности и скоростным движением (64).

Рост пользования автомобильным транспортом

Одним из наиболее существенных экономических и культурных факторов за последнее двадцатилетие стал растущий спрос на мобильность. Этот спрос в основном удовлетворяется за счет все более интенсивного использования частных автомобилей, что привело к увеличению объема перевозок в легковом транспорте почти на 150% по сравнению с 1970 г. (65). Тем не менее, среднее расстояние, покрываемое людьми пешком или на велосипеде, за этот период существенно не изменилось (66).

Возможность передвижения на значительные расстояния, в свою очередь, сыграла важную роль в разрастании городской территории. Это усилило зависимость людей от автотранспорта, необходимого для того, чтобы добраться до места работы, торговых центров и других удобств, и таким образом сузило возможности для ходьбы и езды на велосипеде.

В фокусе: «Финляндия в движении» (62)

Начало 1990-х годов в Финляндии было отмечено интенсивным развитием политики в области спорта и здоровья, приведшим к осуществлению двух национальных программ. Первая из них, получившая название «Финляндия в движении» (Finland on the Move), была направлена на стимулирование новых местных проектов по развитию физической активности путем предоставления финансовой поддержки, обучения и консультативной помощи. Оценка программы показала, что она привела к разработке и осуществлению множества новых эффективных проектов на местном уровне, а также позволила выявить ряд ключевых факторов, необходимых для успеха.

С учетом приобретенного опыта, была запущена в действие новая программа – «Быть в отличной форме для жизни!» (Fit for Life). Она, в основном, ориентирована на людей в возрасте 40–60 лет и использует приемы социальной рекламы в средствах массовой информации.

Эти две программы способствовали появлению местных инициатив и обеспечили создание единых национальных рамок для развития физической активности по всей стране.

Микросреда**Проблемы, связанные с урбанизацией**

Среда, в которой человек непосредственно живет и работает, оказывает значительное влияние на его возможность быть физически активным. Европейский регион становится все более урбанизированным: к 2004 г. 80% населения в странах с высоким уровнем дохода и 64% – в странах со средним и низким уровнем дохода проживали в городских зонах (67). Можно было бы ожидать, что это приведет к росту физической активности, поскольку, вследствие смешанного землепользования и высокой плотности застройки, все

необходимые в повседневной жизни объекты должны были бы находиться близко друг от друга, в пределах досягаемости пешком или на велосипеде (68). Однако во многих городах Европы все чаще наблюдается ситуация, когда дом, место работы, торговые заведения и места отдыха находятся на все большем расстоянии друг от друга. Это приводит к растущему спросу на авто- и мототранспорт и снижает возможности для физической активности по месту жительства.

По мере повышения плотности городской застройки и возведения зданий на всех открытых пространствах, все меньше территории остается для занятий активным отдыхом. Так, например, если в Амстердаме две трети жителей живут в пределах 15 минут ходьбы до ближайшей зеленой зоны, то в Братиславе эта доля составляет лишь 40%, а в Варшаве – 36% (69).

Значение социальной поддержки и имеющиеся тенденции в сторону менее подвижного образа жизни

Местные сообщества могут оказывать значительное влияние на уровень физической активности людей, в частности благодаря оказываемой социальной поддержке, а также принятым культурным нормам и стереотипам различных форм времяпровождения (70). Исследование в рамках программы Евробарометр (71) выявило разброс мнений населения различных стран ЕС относительно того, в какой мере осуществляется поддержка физической активности по месту жительства. Так, в Нидерландах 90% опрошенных жителей согласились с тем, что «местные спортивные клубы и другие службы предлагают широкие возможности для физической активности», по сравнению с 45% в Португалии и 54% в Италии.

Многие современные социальные тенденции все больше склоняют людей к малоподвижному образу жизни. Доля ручного труда сокращается, растет разнообразие видов досуга, не связанных с физической активностью. За последние 30 лет возросло число жителей, пользующихся посудомоечными и стиральными машинами, сушильными барабанами для белья. Бытовая техника

избавляет людей от чрезмерно утомительной домашней работы (72) и освобождает время для других занятий. Однако складывается впечатление, что это время не используется для физической активности в других сферах жизни. Другие устройства, уменьшающие физические трудозатраты, в том числе лифты и эскалаторы, также способствуют снижению уровня активности. Несмотря на недостаток данных, можно предполагать, что в конструкции современных зданий все чаще вместо открытых лестниц предусмотрены только лифты.

Повышается доля времени, проводимого в малоподвижных занятиях в часы досуга: телевидение, видеofilмы и интернет занимают большую часть свободного времени детей после школы (73). По мере роста популярности интернета и видеоигр данный рост «экранного времени», по всей видимости, будет продолжаться. Кроме того, родители, обеспокоенные вопросами безопасности, тратят много времени на то, чтобы отвезти детей из одного места занятий или клуба в другое, таким образом лишая как их так и себя возможности физической активности.

Наконец, большое значение имеют социальные модели различных форм физической активности. Так, занятия гольфом или сквошем могут ассоциироваться с более высоким социальным статусом, а ходьбу пешком или езду на велосипеде некоторые могут расценивать как непрестижные занятия. В ряде стран молодые люди рассматривают пешее и велосипедное передвижение как необходимый этап до того момента, когда они станут достаточно взрослыми, чтобы иметь машину или мотоцикл.

Индивидуальные факторы

Помимо окружающей среды, во многом определяющей уровень физической активности, немаловажное значение имеют также психологические факторы, оказывающие влияние на образ жизни и повседневные привычки людей.

Положительные факторы

Можно выделить следующие индивидуальные факторы, благоприятствующие физической активности (60,74):

1. самоэффективность (вера человека в свою способность вести активный образ жизни);
2. намерение заняться физической активностью;
3. получение удовольствия от упражнений;
4. уровень субъективного восприятия состояния своего здоровья или физической формы;
5. самомотивация;
6. получаемая социальная поддержка;
7. ожидания будущей пользы от упражнений;
8. субъективное восприятие пользы, полученной в результате физической активности.

Барьеры

Люди с меньшей вероятностью начнут заниматься физической активностью, когда они видят перед собой множество препятствий (74). В одном из проведенных обзоров были выявлены следующие ключевые субъективные препятствия в отношении физической активности (75):

- ощущение нехватки времени;
- человек полагает, что он не относится к «спортивному типу» (чаще встречается среди женщин);
- опасения за личную безопасность;
- ощущение усталости и желание в свободное время просто пассивно отдохнуть и расслабиться;
- характеристики самовосприятия (например, когда человек полагает, что он и так достаточно активен).

По результатам обследования в рамках Евробарометра, в качестве препятствия для физической активности чаще всего выдвигался субъективно воспринимаемый дефицит времени: треть опрошенных жителей ЕС (34%) именно этим объясняли то, что они никогда не занимаются спортом (71). Поскольку в целом показано, что как физически активные, так и малоподвижные люди располагают в среднем приблизительно одинаковым временем, в данном случае речь скорее всего идет о том, насколько приоритетное значение люди придают данному вопросу (см. вставку «В фокусе» о Словении).

В фокусе: «За здоровую жизнь» – программа, направленная на укрепление здоровья населения сельских районов Словении

В Институте общественного здравоохранения Мурска-Собота разработана инновационная экспериментальная программа, направленная на устранение дефицита физической активности и улучшение питания населения региона Помурье на северо-востоке Словении.

Задача программы – стимулировать переход к здоровому образу жизни и способствовать повышению ответственности самих людей за состояние своего здоровья. В сотрудничестве с рядом партнеров из различных секторов осуществляется информационно-просветительная работа среди взрослого населения сельских районов с использованием средств массовой информации и массовых мероприятий. В каждом местном сообществе проводятся семинары, тест на определение физической формы и другие мероприятия, организуемые силами местных участников программы.

На сегодняшний день в программе приняли участие 70 местных общин Словении, охвачено около 30 000 человек. Предварительные результаты воодушевляют: 8 из 10 участников программы сообщили о том, что они изменили свой образ жизни. Проводится дальнейшая разработка программы с целью ее распространения на другие регионы, а также изучаются инновационные идеи, в том числе относительно создания центра так наз. «нордической ходьбы» (с лыжными палками).

4. Что могут сделать сектор здравоохранения и другие сектора для повышения уровня физической активности?



© CYCLING ENGLAND

Стратегия

Меры по развитию физической активности населения должны быть основаны на следующих ключевых принципах, адаптированных из Шведского плана (1):

1. подход с позиций общественного здравоохранения;
2. использование расширенного определения понятия «физическая активность»;
3. вовлечение всех заинтересованных секторов;
4. улучшение условий и возможностей для физической активности;
5. действия на различных уровнях;
6. разработка программ на основе объективно установленных потребностей населения;
7. смягчение социальных неравенств;
8. опора на наиболее достоверные фактические данные.

Подход с позиций общественного здравоохранения

Развитие физической активности должно проводиться с учетом потребностей в укреплении здоровья всего населения, а не только отдельных групп высокого риска. Создание благоприятных возможностей в плане физической активности для всех людей и улучшение условий для оказания им поддержки в этом

направлении принесут больше выгод для улучшения общественного здоровья, чем программы, нацеленные на небольшие группы. Для более полного вовлечения людей в оздоровительную физическую активность остро необходимы координированные действия на всех уровнях (см. вставку «В фокусе» об Испании).

В фокусе: Разработка всеобъемлющей национальной политики в Испании (76)

Министерство здравоохранения и защиты прав потребителей по результатам проведенной оценки ситуации приняло решение разработать всестороннюю стратегию, включающую, в частности, вопросы физической активности и питания и направленную против распространения ожирения. Основная цель – добиться существенного снижения заболеваемости и смертности от хронических болезней за счет осуществления мер, способствующих более здоровому питанию и физической активности населения.

Стратегия обращена ко всем жителям и в особенности к детям, ввиду вызывающего тревогу роста случаев ожирения в молодых возрастных группах. Стратегия содержит рекомендации для действий и указывает, какие сектора должны быть вовлечены. Планируется проведение мероприятий в различных условиях и на различных уровнях, включая семьи, местные сообщества, школы, структуры пищевого сектора, а также систему здравоохранения. Сформулированы рекомендации по физической активности для различных условий.

С целью оценки и мониторинга процесса внедрения стратегии планируется создание «обсерватории» по проблемам ожирения, в чьи задачи войдет проведение систематического анализа распространенности ожирения среди населения, особенно среди детей и подростков, а также количественная оценка процесса осуществления профилактических мероприятий.

Использование расширенного определения понятия «физическая активность»

Использование расширенного определения дает гораздо больше возможностей для привлечения других секторов. Физическая активность включает ходьбу, езду на велосипеде, танцы, подвижные игры, спорт, различные другие формы активного отдыха, ручной труд и физические упражнения. Это означает, что для вовлечения людей в физическую активность необходимы не только усилия секторов здравоохранения, физкультуры, спорта и отдыха, но также и других – например, транспорта и окружающей среды (77).

Вовлечение всех заинтересованных секторов

Работники здравоохранения играют важную лидирующую роль в координации мультисекторальных действий (см. вставку «В фокусе» о Швейцарии); необходимость всеобъемлющего подхода требует их тесного сотрудничества с представителями сфер городского и транспортного планирования и организации дорожного движения, с архитекторами, работодателями, членами добровольных и неправительственных организаций. Дополнительными выгодами такого сотрудничества могут стать повышение интереса к таким вопросам, как активные путешествия, улучшение местных условий для пешей ходьбы, устройство привлекательных зеленых зон, улучшенный дизайн зданий и т.д., – что, по всей видимости, сможет оказать устойчивый позитивный экологический эффект.

Улучшение условий и возможностей для физической активности

Как уже было отмечено, людям легче поддерживать необходимый уровень физической активности, если они имеют возможность добраться пешком или на велосипеде до нужных мест, когда они живут вблизи парков, других живописных окрестностей или популярных мест отдыха и развлечений. Эффективные действия по развитию физической активности включают сотрудничество со структурами городского планирования и архитекторами с целью формирования такой городской среды, которая будет способствовать физически активному образу жизни людей.

В фокусе: Национальная концепция развития спорта в Швейцарии (78)

В 2000 г. в Швейцарии была разработана новая национальная политика по вопросам физической культуры и спорта. Группа экспертов составила стратегический документ о развитии оздоровительной физической активности, в частности содержащий краткий обзор имеющихся научных данных о влиянии физической активности на здоровье.

В конце 2000 г. концепция получила одобрение Федерального правительства, которое отметило, что приоритетом национальной политики по развитию физической культуры и спорта в Швейцарии является улучшение здоровья, а основной целью – «рост физической активности населения». Основная идея политики совпала с преобладающим общественным мнением: опросы населения неоднократно указывали на то, что более 90% жителей Швейцарии знают о важном значении физической активности для сохранения здоровья. В концепции подчеркнута также роль создания и упрочения партнерств между различными секторами и уровнями государственного управления, а также между государственными и частными структурами и средствами массовой информации.

Дополнительная информация по данному вопросу содержится [в сопроводительной публикации ВОЗ \(79\)](#).

Действия на различных уровнях

Правительственные органы и другие государственные органы на национальном уровне призваны играть лидирующую роль в развитии физической активности в стране, а также в координации мультисекторальной работы. Для эффективного решения проблем в сфере общественного здравоохранения необходимо прилагать усилия одновременно на многих уровнях, как это

показано в Таблице 3. При этом решающее значение имеет достижение политической приверженности со стороны местных органов управления, а также создание местном уровне партнерств, участники которых разделяют общие цели и приоритеты. Путем принятия законов и постановлений государственные органы могут влиять на принятие решений в частном секторе, направленных на создание более здоровой окружающей среды, способствующей физической активности (например обязывая застройщиков территории прокладывать пешеходные и велосипедные дорожки). Для этого могут также использоваться механизмы общественного давления. [В сопроводительной публикации ВОЗ \(79\)](#) все эти вопросы освещены более детально.

Разработка программ на основе объективных потребностей населения

Политика и отдельные программы должны учитывать местные условия и разрабатываться с участием общест-венности (1). Действия по развитию физической активности могут носить самый разнообразный характер, в зависимости от социальных норм и культурных особенностей, а также от наличия информации, экономических факторов, текущих социальных процессов, состояния мобильности и транспорта. Все эти факторы следует учитывать при составлении координированной программы действий (80).

Смягчение социальных неравенств

В отношении физической активности населения отмечается значительное социальное неравенство, при этом наименее обеспеченные группы населения обычно проводят свободное время наименее активно. Многие группы имеют худший доступ к местам, благоприятствующим физической активности, и к заведениям для занятий физкультурой и спортом. Следует пред-принимать все меры для смягчения остроты такого неравенства, поддержки бесплатных или недорогих видов активности (таких, как ходьба пешком), улучшения условий для физической активности, формирования позитивного социального отношения к активному образу жизни.

Таблица 3. Примеры воздействий на детерминанты физической активности, предпринимаемых различными секторами

Детерминанты	Действия по ключевым секторам		
	Здравоохранение	Спорт и отдых	Транспорт и городское планирование
Макросреда	<p>Обеспечение направляющего руководства по осуществлению мультидисциплинарных действий</p> <p>Реализация программ общественного здравоохранения по улучшению возможностей физической активности для малообеспеченных групп населения</p>	<p>Планирование и реализация политики «Физкультура и спорт – для всех», направленной на снижение стоимости услуг для малообеспеченных слоев населения и построенной с учетом имеющихся социокультурных различий</p>	<p>Разработка местных территориальных планов с максимальным учетом интересов общественного здоровья и возможностей для физически активного образа жизни</p>
Микросреда	<p>Представительство сектора здравоохранения в мультидисциплинарных комитетах по планированию</p> <p>Содействие развитию физической активности среди работников системы здравоохранения и тех, кто пользуется её услугами</p>	<p>Улучшение доступа пешеходов и велосипедистов к местам для занятий спортом и активным отдыхом</p>	<p>Уделение при городском планировании приоритетного внимания обеспечению наиболее благоприятных возможностей для пешеходного движения</p>
Индивидуальные факторы	<p>Консультирование по вопросам физической активности при оказании первичной медико-санитарной помощи</p>	<p>Осуществление целевых программ развития физкультуры и спорта, направленных на вовлечение местного населения</p>	<p>Осуществление целевых программ социальной рекламы, направленных на популяризацию ходьбы пешком и езды на велосипеде</p>

Опора на наиболее достоверные фактические данные

Действия на основе наиболее достоверных из имеющихся фактических данных – это ключевой принцип общественного здравоохранения. По сравнению, например, с проблемами питания или курения, тема физической активности является сравнительно новой, и поэтому научно-доказательная база для эффективных вмешательств хотя и быстро растет, но все еще относительно невелика. Кроме того, имеется необходимость оценивать эффекты не только вмешательств, специально направленных на содействие физической активности (например, для пациентов в группах риска), но также мер, предпринимаемых вне сектора здравоохранения,

которые могут влиять на уровень физической активности населения в целом (например политика содействия велосипедному и пешему видам передвижения) (81).

Поэтому осуществлять действия, опираясь лишь на результаты какого-либо одного конкретного типа научных исследований, не представляется возможным. Необходимо проводить обзор различных типов фактических данных и отбирать наиболее адекватные (см. более подробно в следующем разделе).

Роль системы здравоохранения

Действия по развитию физической активности часто находятся в сфере городского планирования,

транспорта и спорта, однако специалисты здравоохранения могут также внести незаменимый вклад в эту работу. В частности, данный сектор должен обеспечить направляющее руководство и занять лидирующую позицию в отношении проблемы физической активности в целом. Поскольку этот вопрос имеет мультидисциплинарный характер, существует опасность, что он окажется «без хозяина», когда ни один сектор не будет за него по-настоящему отвечать. Сектор здравоохранения имеет оптимальные возможности, чтобы создавать необходимые партнерства и служить инициатором эффективных действий.

В дополнение к этой общей лидирующей роли, сектор здравоохранения может принять на себя головные функции по следующим шести направлениям:

- включение физической активности в перечень направлений первичной профилактики;
- ведение учета эффективных вмешательств и распространение результатов научных исследований;
- демонстрация экономических выгод от вложения ресурсов в развитие физической активности;
- выполнение связующей функции в отношении различных направлений политики по данной проблеме;
- пропагандистская деятельность и обмен информацией;
- лидерство на собственном примере.

Включение физической активности в перечень направлений первичной профилактики

Содействие физической активности должно занимать более значительное место в первичной профилактике. Например, общепрактикующие врачи и другие работники первичного звена системы здравоохранения должны консультировать пациентов и давать им рекомендации относительно физической активности и иметь для этого соответствующую подготовку (см. вставку «В фокусе» о Швеции).

Ведение учета проведенных вмешательств и распространение результатов научных исследований

Специалисты общественного здравоохранения имеют все условия для того, чтобы возглавить работу по

В фокусе: Развитие физической активности в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи в Швеции (82)

Всесторонний подход к данному вопросу был продемонстрирован в шведской провинции Остерготланд. В 2005 г. все учреждения первичной медико-санитарной помощи, в сотрудничестве с партнерами на местном уровне, активно работали с населением, давая рекомендации («рецепты») по физической активности.

Проведенная оценка показала, что в 2004 г. такие «рецепты» получили 3344 пациента, что соответствовало 1,6% всех жителей, обратившихся в учреждения первичной помощи в данном году. По прошествии 12 месяцев, 49% от численности выборки сообщили о том, что они следовали предписанию, еще 21% были физически активны, но в иной форме по отношению к предписанной. Данное вмешательство способствовало также уменьшению доли населения, ведущего малоподвижный образ жизни.

синтезу результатов научных исследований и выявлению эффективных методов развития физической активности. Они обладают профессиональными навыками в применении таких методик, как критическая оценка результатов научных исследований и составление обзоров научной литературы.

Сектор здравоохранения может также использовать прочные традиции доказательной медицины и распространять ее принципы на общественное здравоохранение (83), обеспечивая оперативную передачу соответствующей научной аргументации всем заинтересованным сторонам.

Демонстрация экономических выгод от вложения ресурсов в развитие физической активности

Руководители всегда крайне заинтересованы в информации о соотношении потенциальных издержек и

выгод от того или иного предложения. Сектор здравоохранения может многое сделать для разработки методики более точного анализа экономической эффективности. Один из наиболее важных аспектов этой работы – учет воздействия на здоровье при оценке проектов транспортного и городского планирования. Он может дать веские аргументы в пользу вложения ресурсов в содействие физической активности. Так, например, Совет стран Северной Европы, применив методы экономического анализа, наглядно показал, что выгоды от инвестиций в развитие инфраструктуры для велосипедного транспорта значительно превышают расходы (84).

Выполнение связующей функции в отношении различных направлений политики по данной проблеме

И в странах, и на международном уровне сектор здравоохранения может играть ведущую роль в выявлении элементов синергии и укреплении взаимосвязей между основными направлениями политики и конкретными инициативами по развитию физической активности. Это может дать дополнительный благоприятный эффект в ходе реализации следующих программ, разработанных различными секторами:

1. Глобальная стратегия ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью, которая содержит положение о том, что для развития физической активности необходимо осуществление мультисекторальной политики (6).
2. Европейская хартия по борьбе с ожирением и документ по вопросам физической активности (85), представленные на рассмотрение Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением (86), запланированной на конец 2006 г.
3. Европейский план действий «Окружающая среда и здоровье детей». План содержит обязательства в области охраны здоровья детей по ряду приоритетных направлений, которые должны взять на себя государства-члены. В частности, речь идет о развитии физической активности путем создания для этого благоприятных условий (87).

4. Платформа ЕС по вопросам питания, физической активности и здоровья, направленная на стимулирование добровольных мер, предпринимаемых структурами бизнеса, гражданского общества и государства в странах ЕС (88).
5. «Зеленый документ» Европейской комиссии «Содействие здоровому питанию и физической активности», в котором выдвинуты ключевые положения для обсуждения в государствах-членах и гражданском обществе и который станет основой для развития новой стратегии по вопросам здоровья (89).
6. Общеввропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья, осуществляемая совместно под эгидой Европейской экономической комиссии ООН и ВОЗ. Эта программа обеспечивает структурные рамки действий по ряду приоритетных направлений, в том числе по улучшению условий для безопасного велосипедного и пешеходного движения в городских зонах (90).
7. Европейская сеть по развитию оздоровительной физической активности, международный проект сотрудничества, направленный на улучшение здоровья путем повышения уровня физической активности (91).
8. Проект ВОЗ «Здоровые города», который направлен на вовлечение местных органов власти и развитие всесторонней политики, включающей вопросы физической активности и активного образа жизни (92).

Пропагандистская деятельность и обмен информацией

Сектор здравоохранения может играть важную роль в создании сетей общения и механизмов эффективного обмена информацией. Хорошим примером является вышеупомянутая Европейская сеть по развитию оздоровительной физической активности (91). Она обеспечивает платформу для обмена опытом в разработке политики, стратегий и подходов к развитию физической активности, а также оказывает содействие в реализации мультисекторальных действий.

Лидерство на собственном примере

Наконец, сама система здравоохранения должна подавать пример, содействуя физической активности не только обслуживаемого населения, но также и собственных сотрудников, например обеспечивая благоприятные условия для того, чтобы они могли добираться до места работы пешком или на велосипеде, или для физической активности во время обеденного перерыва.

Обоснованность действий

Имеющихся данных достаточно для обоснования действий. В одном из недавних докладов (93) отмечено, что общий дефицит веских научных доказательств эффективности вмешательств в области общественного здравоохранения не должен служить поводом для бездействия. Это положение полностью применимо и к сфере физической активности.

Ниже кратко изложены основные научные данные и накопленный практический опыт, почерпнутые из различных источников и областей научных исследований. К ним относятся обзоры, подготовленные по заданию ВОЗ (81), согласованные экспертные мнения, систематические научные обзоры, результаты поперечных исследований и анализ отдельных примеров из практики. Помещенные ниже сведения отнюдь не являются исчерпывающим обзором литературы, посвященной вмешательствам в области физической активности; основная цель – на основе наилучших из имеющихся фактических данных дать полезные рекомендации руководителям, определяющим политику. Эти данные сгруппированы по трем типам детерминант.

Макросреда

Антропогенная среда

Связь физической активности с характером окружающей среды подтверждается все большим числом научных работ (68,94). К ним относятся исследования влияния факторов антропогенной среды (таких, как система уличных сообщений и городская планировка) и естественной окружающей среды (например, доступ к зеленым зонам и открытым пространствам). Было

выявлено, что такие характеристики, как эстетическая привлекательность, удобство и доступность, коррелируют с более высокой вероятностью физической активности. Люди, в большей степени удовлетворенные условиями для пешеходного движения (тротуары, проходы), при удобном расположении магазинов, парков и т.п., а также осознающие риск, связанный с интенсивным дорожным движением, достоверно чаще предпочитают добираться пешком до необходимых мест (68,95,96). В сопроводительной публикации ВОЗ (79) многие из этих вопросы освещены более детально.

В недавнем обзоре проводимых мероприятий по изменению условий среды с целью стимулирования физической активности приводятся свидетельства того, что при установке соответствующих информационно-просветительных плакатов на лестничных клетках люди начинают чаще пользоваться лестницей вместо лифта. В других исследованиях оценивался эффект от таких мер, как изменение общей политики, улучшение состояния велосипедных дорожек, спортзалов, создание условий для того, чтобы можно было добираться до работы пешком или на велосипеде, проводимых параллельно с просветительной работой. Все эти меры приводили к небольшим, но все же положительным сдвигам в отношении физической активности (97).

Транспорт

Транспортная система способна оказывать значительное влияние на возможности для физической активности, содействуя пешеходному и велосипедному движению и помогая людям добираться до мест активного отдыха. В недавнем систематическом обзоре по вопросам пешеходного и велосипедного передвижения как альтернативы использованию автомобиля (98) указано на то, что с помощью целевых программ можно добиться изменения поведения в мотивированных подгруппах населения. Так, например, в программе «TravelSmart» (Перт, Австралия) через 6 месяцев после начала проведения целевых мероприятий на экспериментальной территории произошел сдвиг на 5,5% от поездок на машине в сторону пешеходного и велосипедного

передвижения или использования общественного транспорта; за этот же период на соседней контрольной территории был отмечен 2%-ный сдвиг в обратном направлении, в сторону использования автомобилей (99). Повышение уровня использования общественно-го транспорта в подобных программах также нередко способствует более длительной ходьбе по сравнению с поездками в легковом автомобиле.

Некоторые важные вмешательства в сфере транспорта, осуществленные в последние годы, еще не получили отражения в систематических обзорах, однако из них уже можно извлечь полезные уроки. Так, в одном из сообщений (100) описано повышение интенсивности велосипедного движения как следствие введения сборов с автомобилистов за въезд в центр Лондона (см. вставку «В фокусе»). Опыт проведения широкомасштабных программ по развитию велосипедного транспорта, например в Дании (г. Оденсе, см. вставку

В фокусе: Сборы в связи с транспортными пробками в Лондоне, Соединенное Королевство (100,101)

В 2003 г. в Лондоне был учрежден порядок взимания платы с водителей легковых автомобилей при въезде в центр города. Такса на 2006 г. составляет 11,60 евро в день. Первичной задачей сборов было уменьшение скопления транспорта в пределах и вокруг платной зоны, однако эта мера повлияла также на уровень физической активности людей: было отмечено 20%-ное увеличение объема велосипедного движения, на 7% снизилась частота дорожно-транспортных происшествий. По всей видимости, повысилась также интенсивность ходьбы – как за счет собственно пешего передвижения, так и в связи с более активным использованием общественного транспорта. Пример Лондона показывает, каким образом вмешательства в области транспорта могут принести пользу (иногда даже непредвиденную) для общественного здравоохранения.

«В фокусе») и Норвегии, также показывает, что можно увеличить объем велосипедного движения без повышения уровня дорожно-транспортного травматизма (103). Помимо этого, имеются некоторые фактические свидетельства в пользу того, что для более убедительной демонстрации оздоровительных аспектов транспортной политики можно использовать систематическую процедуру оценки воздействия на здоровье (104).

Возможные направления действий

- Деятели системы здравоохранения должны объединить усилия со специалистами по городскому планированию, должностными лицами системы транспорта и архитекторами для того, чтобы всемерно способствовать созданию более благоприятных и безопасных условий для физической активности.

В фокусе: Оденсе, «Национальный велосипедный город» Дании (102)

В период с 1999 по 2002 г. город Оденсе носил официальный титул Национального велосипедного города Дании. Министерство транспорта и Национальный директорат дорожного хозяйства вложили значительные средства для того, чтобы продемонстрировать, как путем координированных усилий можно добиться увеличения объема велосипедного транспорта. В течение четырех лет действия программы было разработано и осуществлено 50 инновационных проектов, включая различные улучшения физической инфраструктуры, массовые кампании, изменения правил и инструкций.

К концу 2002 г. объем велосипедного движения на дорогах муниципалитета Оденсе вырос на 20%, а число несчастных случаев с участием велосипедистов снизилось на 20% по сравнению с 1996–1997 гг. Проведенная оценка выявила также экономию средств в системе здравоохранения, главным образом за счет более высокого уровня безопасности и снижения неинфекционной заболеваемости.

- Программы, направленные на укрепление здоровья, должны включать конкретную привязку к тем или иным элементам окружающей среды. Так, например, такие программы, как TravelSmart, обращают особое внимание на состояние велосипедных и пешеходных дорожек либо популяризируют использование лестниц в тех зданиях, где это возможно.

Микросреда

Условия труда

Уровень физической активности на рабочих местах в настоящее время в целом низкий: в 2002 г. половина участников опроса в странах ЕС сообщили, что их работа сопряжена лишь с незначительным уровнем физической активности либо ее нет вообще (71). Тем не менее, имеется значительный потенциал для влияния на уровень физической активности на рабочем месте. Работники проводят значительную долю рабочего времени в среде, которая во многом находится под контролем работодателя и может быть изменена в сторону более благоприятных условий для физической активности.

Фактические данные относительно эффективности мер, предпринимаемых на рабочих местах, носят противоречивый характер (105, 106), однако, по всей видимости, рабочая среда предоставляет хорошие возможности для создания или улучшения доступа к местам для занятий физкультурой и спортом, реализации политики по развитию физической активности и для распространения информации. Эти общие подходы к развитию физической активности продемонстрировали свою эффективность в других условиях (107). Потенциально эффективными методами развития физической активности по месту работы являются создание условий и проведение политики в поддержку того, чтобы сотрудники добирались до работы пешком или на велосипеде (108, 109), а также ограничение автопарковочных мест в учреждениях и на предприятиях (65).

Воздействие на сообщества через средства массовой информации

Выводы обзоров свидетельствуют о том, что хотя кампании в средствах массовой информации обладают

высоким потенциалом влияния на общественные нормы, касающиеся вопросов здоровья, в том числе физической активности, и могут охватить большие группы населения при относительно низких расходах, – они все же редко приводят к изменениям поведения на популяционном уровне. Тем не менее, такие кампании обычно эффективны в плане повышения уровня осведомленности о проблеме (110) и поэтому являются полезным компонентом комплексного вмешательства.

Вмешательства на уровне местных сообществ

В местных сообществах люди могут объединяться с целью популяризации физической активности, а также для создания и улучшения условий для нее. На этом уровне проводились некоторые широкомасштабные программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, например Станфордский проект «пяти городов» (111), а также кампании в средствах массовой информации, направленные на развитие физической активности. Иногда такие программы включают улучшение материальной инфраструктуры (70).

Несмотря на то что масштабные программы на уровне местных сообществ давали некоторые положительные результаты, явного эффекта на популяционном уровне обнаружено не было. К более заметным позитивным сдвигам приводили сравнительно небольшие программы, использовавшие на уровне местных сообществ методы влияния на поведение, обычно применяемые в первичной медико-санитарной помощи (см. вставку «В фокусе» о Нидерландах). Помимо этого, нередко успешными бывают широко освещаемые программы, сопряженные с действиями на уровне местных сообществ, особенно если они обладают четкой целенаправленностью и оптимальным образом вовлекают местное население (70).

Школы

Школы располагают большими возможностями для развития физической активности за счет осуществления программы стандартной физической подготовки школьников, разрешая местным жителям пользоваться школьными стадионами и физкультурными залами,

В фокусе: «Пuls Лимбурга», Нидерланды (112)

«Пuls Лимбурга» (Heartbeat Limburg) – это программа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), интегрированная с работой в группах высокого риска на уровне врачей общей практики и в больницах. Целью данной программы являлось снижение распространенности ССЗ среди населения региона Маастрихт путем содействия более активному образу жизни, снижению потребления жиров и отказу от курения. За период с 1999 по 2003 г. было реализовано 790 вмешательств; из них 361 имели отношение к физической активности, включая такие меры, как организация клубов оздоровительной ходьбы и велосипедного спорта, проведение массовых кампаний по популяризации ходьбы и езды на велосипеде.

Проводимая в настоящее время оценка программы еще не завершена, однако предварительные результаты весьма благоприятны. В экспериментальной группе отмечено увеличение времени, посвящаемого ходьбе и велосипедной езде, по сравнению с контрольной группой, не участвовавшей в программе.

а также являясь центром реализации конкретных инициатив, например по организации безопасного пути в школу (см. вставки “В фокусе” о Чешской Республике и Норвегии). Эти инициативы включают развитие инфраструктуры (например устройство велосипедных парковок) в сочетании с агитационными мероприятиями (например проведение дней «В школу – пешком!») и организационными изменениями (например, разработка Планов школьного транспорта) (115).

Инфраструктура для активного отдыха и спортивных занятий

Регулярные занятия спортом оказывают положительное влияние на здоровье, поэтому всемерное содействие

В фокусе: «Пойдемте с нашей школой!», г. Квасице, Чешская Республика (113)

Международный месячник «Пешком в школу» (International Walk to School) организуется каждый год и дает возможность детям, родителям, школьным учителям и местному руководству принять участие в глобальной кампании и ощутить благотворный эффект пешей ходьбы. В начальной школе чешского города Квасице 40% учеников живут в окрестных населенных пунктах и многие из них добираются в школу на автобусе. Проект «Пойдемте с нашей школой!» не только демонстрирует благоприятное влияние на здоровье детей и учителей того, что они идут в школу пешком, но также подчеркивает связанные с этим позитивные экологические, образовательные и эмоциональные эффекты.

Проект вовлекает максимальное число школьных предметов: основы научных знаний, географию, изобразительное искусство, рукоделие и музыку. По субботам для детей и их родителей организуются пешие прогулки на полдня с посещением местных исторических достопримечательностей; при этом задачи укрепления здоровья совмещаются с образовательными целями. Попутно проводятся развлекательные мероприятия: игра в поиск сокровищ, состязания и преодоление препятствий. Основная цель – повысить популярность пешей ходьбы и укрепить связь людей с местной окружающей средой.

развитию спорта является важной частью работы по укреплению здоровья населения. Убедительный пример перемещения акцента с состязательных и элитных видов спорта на оздоровительную физическую активность для всех жителей продемонстрирован в Финляндии. Реализация мультисекторальной политики обеспечила существенный приток государственных средств для поддержки спортивных организаций и служб, а также для возведения новых спортивных сооружений.

В фокусе: Комплексный школьный подход в Нордланде, Норвегия (114)

В 2004 г. в норвежском округе Нордланд началось осуществление комплексной программы для 210 начальных школ, нацеленной на то, чтобы ученики посвящали физической активности не менее 60 минут в течение каждого школьного дня. В ходе реализации программы проводится информирование школьного руководства о благоприятном влиянии физической активности на здоровье и успеваемость, особенно для малоактивных детей. Школы, изъявившие желание участвовать в программе, могут разрабатывать собственные планы мероприятий в зависимости от имеющихся ресурсов и других возможностей. При этом могут сочетаться такие направления действий, как физическое воспитание, уроки по различным предметам, проводимые на открытом воздухе, устройство более привлекательных школьных игровых площадок, содействие ходьбе и езде на велосипеде до школы и домой. К 2006 г. 144 школы в сотрудничестве с другими ведомствами подготовили такие планы или уже приступили к их осуществлению.

Финляндия обладает опытом проведения уже трех последовательных пятилетних национальных программ по развитию физической активности (116). Аналогичные сдвиги были осуществлены и в Нидерландах. Их цель заключалась в следующем:

- укрепить местную инфраструктуру для обеспечения поддержки как собственно спорта, так и его социального предназначения;
- использовать спорт как одно из средств решения местных социальных вопросов;
- развивать связи между различными спортивными организациями, а также между ними и другими местными структурами, имеющими отношение к спорту, например в сфере образования, отдыха и развлечений, социального обеспечения, охраны труда, здравоохранения (117).

Возможные направления действий

- Сектор здравоохранения, работодатели и сфера образования должны всемерно использовать рабочую и школьную среду для развития физической активности. Следует проводить массовые кампании и другие мероприятия с целью повышения уровня информированности населения, вносить соответствующие изменения в организацию труда и школьного обучения, создавать благоприятные условия для физической активности (например устраивать велосипедные парковки, предоставлять спортивные залы с помещениями для переодевания и т.д.).
- Сектора здравоохранения, спорта и отдыха должны разрабатывать программы, которые используют физкультуру и спорт как объединяющую идею для вовлечения всех жителей местного сообщества в оздоровительную физическую активность.

Индивидуальные факторы

Наиболее веские научные аргументы в пользу проводимых вмешательств на индивидуальном уровне получены в сфере первичной медико-санитарной помощи. В рекомендациях, недавно опубликованных в Соединенном Королевстве (118), приводится ссылка на убедительные доказательства пользы краткосрочных вмешательств на уровне первичной помощи и делается вывод о том, что «работникам первичного звена следует постоянно стремиться к выявлению признаков малоподвижного образа жизни среди взрослых и рекомендовать таким людям стараться посвящать не менее 30 минут, пять дней в неделю, умеренно интенсивной физической активности». В одном из более ранних обзоров (119) отмечены следующие признаки эффективных программ:

- охват населения по месту жительства (см. вставку «В фокусе» об Италии);
- использование теорий смены поведения при обучении персонала и адаптации вмешательств к индивидуальным потребностям;
- создание благоприятных условий и популяризация умеренно интенсивной физической активности, в

В фокусе: Сообщество в движении, опыт муниципалитета Сан Мауро Пасколи, Италия (120)

Проект был нацелен на охват взрослого населения с малоподвижным образом жизни, особенно женщин и пожилых людей. Основные задачи: снизить уровень сердечно-сосудистой заболеваемости, уменьшить распространенность малоподвижного образа жизни, повысить уровень осведомленности о положительном влиянии физической активности на здоровье, способствовать росту социального взаимодействия людей благодаря организованным формам физической активности. Весной и летом мероприятия проводились на открытом воздухе, осенью и зимой – в помещении. В них приняли участие около 200 человек, в основном женщины среднего возраста; был осуществлен план долгосрочного, устойчивого продолжения программы. В проекте приняли участие врачи общего профиля, представители общественности, спортивные общества, социальные работники, низовые общественные организации и частный сектор.

Один из основных выводов заключался в том, что, хотя большинство участников были хорошо осведомлены о пользе физической активности для здоровья, им ранее не предоставлялось возможностей для физической активности по месту жительства (например в местном парке). Они также весьма высоко оценили полученную возможность общения с другими людьми. Сделан также вывод о том, что для изменения поведения недостаточно информации и мотивации – необходимы и конкретные мероприятия, содействующие физической активности.

частности ходьбы, а также таких видов активности, которые не требуют специального оснащения;

- включение в программу систематического наблюдения и возможностей для контакта со специалистом по физическим упражнениям.

Дети и молодежь

Как это ни удивительно, но фактических данных по эффективности вмешательств, направленных на развитие физической активности среди юного поколения, еще меньше, чем относительно взрослых. В систематическом обзоре результатов выполненных исследований (121) приведены следующие возможные направления вмешательств в данной области:

1. Меры территориального планирования на региональном и местном уровнях:
 - улучшение велосипедных дорожек;
 - улучшение состояния парков и игровых площадок;
 - улучшение деятельности детских спортивных секций;
 - создание прочных связей между школами и службами организации активного отдыха и развлечений, с тем чтобы дети были информированы об имеющихся возможностях;
2. Деятельность служб здравоохранения:
 - проведение вмешательств на уровне первичной медико-санитарной помощи, направленных на развитие физической активности, в том числе рекомендации по сокращению времени, посвящаемого просмотру телевизионных передач;
3. Школьные мероприятия:
 - повышение уровня школьного физического воспитания и содействие физической активности школьников (например отведение большего времени на уроки физического воспитания, создание благоприятных условий для того, чтобы дети добирались до школы пешком или на велосипеде);
 - просветительная работа с детьми на темы о пользе физической активности, о целесообразности тратить меньше времени на малоподвижные виды досуга (телевидение, видеоигры) и о потенциальном негативном влиянии сидячего образа жизни;
 - предоставление возможности пользоваться школьными спортивными сооружениями вне часов школьных занятий;
 - повышение уровня внешкольных мероприятий.

Возможные направления действий

- Сектор здравоохранения должен обеспечить, чтобы содействие физической активности было неотъемлемой составляющей первичной медико-санитарной помощи. Речь идет прежде всего об оценке уровня физической активности пациентов, предоставлении индивидуализированных рекомендаций и проведении последующего наблюдения.
- Сектора образования, здравоохранения, а также транспорта и городского планирования должны признавать законное право молодежи на физически активный образ жизни и в приоритетном порядке обеспечивать для этого все необходимые условия.

5. Последующие шаги



© SCANPIX

Для вовлечения большего числа людей в оздоровительную физическую активность необходимы незамедлительные координированные действия на многих уровнях. Этот вопрос представляет важность не только для общественного здравоохранения: речь идет о благосостоянии местных сообществ, охране окружающей среды и вложении ресурсов на благо будущих поколений. У нас имеется достаточно информации об эффективных и перспективных методиках, и это позволяет уже сегодня разрабатывать и осуществлять всеобъемлющие программы и стратегии, направленные на содействие физически активному образу жизни.

Физическая активность обладает неизмеримым потенциалом для улучшения здоровья и благополучия людей. Приобретение и поддержание привычек, оказывающих полезное влияние на здоровье, – это яркий пример позитивного поведения. Усилия по повышению уровня физической активности можно рассматривать как почти идеальную меру общественного здравоохранения, поскольку:

- они направлены на снижение остроты целого ряда наиболее частых проблем, связанных со здоровьем;

- имеются фактические данные, подтверждающие эффективность, и крайне мало данных, свидетельствующих о потенциальных негативных эффектах;
- предлагаемые средства для повышения уровня физической активности реалистичны и доступны для большинства людей;
- Общий масштаб приносимой пользы настолько велик, что он несомненно оправдывает вложение необходимых ресурсов.

Дальнейшие научные изыскания позволят углубить понимание проблемы, однако это не должно служить тормозом для практических действий. Следует энергично внедрять инновационные стратегии по созданию и улучшению внешних условий для физической активности и оценивать практическую эффективность этих стратегий.

На сегодняшний день больше известно о вмешательствах на индивидуальном уровне (например в ходе оказания первичной медико-санитарной помощи), чем в более общем плане – направленных на внешние, средовые детерминанты физической активности.

Последний тип действий по всей вероятности обладает более значительным потенциалом. Чтобы устранить этот дисбаланс, нужны научные исследования. Требуются дополнительные сведения по ряду областей, таких как взаимосвязь физической активности и окружающей среды; необходим также поиск оптимальных путей передачи и распространения информации и передовых технологий.

Действия должны быть широкомасштабными, последовательными и согласованными на различных уровнях государственного управления и между различными секторами. Сектору здравоохранения следует объединять усилия со всеми возможными партнерами для того, чтобы обеспечить полноценный учет всего многообразия аспектов физически активного образа жизни. Такие межсекторальные партнерства имеют жизненно важное значение в деле оказания помощи различным странам Европейского региона ВОЗ в преодолении имеющихся тенденций к снижению активности и создании таких условий, когда люди смогут укреплять свое здоровье путем физической активности, которая станет неотъемлемой частью повседневной жизни.

Библиография

1. *Background material to the action plan for healthy dietary habits and increased physical activity*. Uppsala, National Food Administration, 2005 (<http://www.fhi.se/upload/2702/TheSwedishActionplan.pdf>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
2. Caspersen CJ, Powell KE, Christensen GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 1985, 100:126–131.
3. Foster C. *Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes. The European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity*. Tampere, the UKK Institute for Health Promotion Research, 2000.
4. Leadership for Active Living. *Leadership action strategies*. San Diego, San Diego State University, 2003 (http://www.leadershipforactiveliving.org/pdf_file/LeadershipActionStr%20web.pdf, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
5. *At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer*. London, Department of Health, 2004 (<http://tinyurl.com/332mf>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
6. Diet and physical activity: a public health priority [веб-сайт]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
7. *Physical activity and health: report of the Surgeon General*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1996 (<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
8. Sjöström M et al. Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 2006, 14(1):1–10.
9. *The world health report 2002: reducing risk, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
10. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 2006, 16(Suppl. 1):3–63.
11. Bull F et al. Physical inactivity. In: Ezzati M, ed. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
12. Berlin JA, Colditz G. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 132:612–628.
13. Powell KE et al. Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annual Review of Public Health*, 1987, 8:253–287.
14. Ellekjaer H et al. Physical activity and stroke mortality in women. Ten-year follow-up of the Nord-Trøndelag health survey, 1984–1986. *Stroke*, 2000, 31:14–18.
15. Wannamethee S, Shaper A. Physical activity and the prevention of stroke. *Journal of Cardiovascular Risk*, 1999, 6:213–216.
16. Hardman A, Stensel D. *Physical activity and health: the evidence explained*. London, Routledge, 2003.
17. Grundy SM et al. Physical activity in the prevention and treatment of obesity and its comorbidities: evidence report of independent panel to assess the role of physical activity in the treatment of obesity and its comorbidities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1999, 31:1493–1500.
18. Ivy J, Zderic T, Fogt D. Prevention and treatment of non-insulin-dependent diabetes mellitus. In: Holloszy J, ed. *Exercise and sport sciences reviews*. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 1999.

19. Tuomilehto J et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 2001, 344(18):1343–1350.
20. Hu FB et al. Walking compared with vigorous physical activity and risk of type 2 diabetes in women: a prospective study. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1433–1439.
21. Folsom AR, Kushi LH, Hong CP. Physical activity and incident diabetes mellitus in postmenopausal women. *American Journal of Public Health*, 2000, 90(1):134–138.
22. Okada K et al. Leisure-time physical activity at weekends and the risk of type 2 diabetes mellitus in Japanese men: the Osaka Health Survey. *Diabetic Medicine*, 2000, 17:53–58.
23. Colditz G, Cannuscio C, Frazier A. Physical activity and reduced risk of colon cancer: implications for prevention. *Cancer Causes and Control*, 1997, 8: 649–667.
24. *Weight control and physical activity*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbook of Cancer Prevention, Vol. 6).
25. Thune I, Furberg A-S. Physical activity and cancer risk: dose–response and cancer, all sites and site-specific. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2001, 33(Suppl.):S530–S550.
26. Gammon MD et al. Recreational physical activity and breast cancer risk among women under age 45 years. *American Journal of Epidemiology*, 1998, 147:273–280.
27. Latikka P, Pukkala E, Vihko V. Relationship between the risk of breast cancer and physical activity. *Sports Medicine*, 1998, 26:133–143.
28. Verloop J et al. Physical activity and breast cancer risk in women aged 20–54 years. *Journal of the National Cancer Institute*, 2000, 92:128–135.
29. Tehard B et al. Effect of physical activity on women at increased risk of breast cancer: results from the E3N Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2006, 15(1):57–64.
30. Giovannucci E et al. A prospective study of physical activity and prostate cancer in male health professionals. *Cancer Research*, 1998, 58:5117–5122.
31. Brill P et al. Muscular strength and physical function. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2000, 32:412–416.
32. Huang Y et al. Physical fitness, physical activity, and functional limitation in adults aged 40 and older. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1998, 30:1430–1435.
33. Simonsick EM et al. Risk due to inactivity in physically capable older adults. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:1443–1450.
34. Grisso JA et al. Risk factors for hip fracture in men. Hip fracture study group. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:786–793.
35. Gillespie ND, McMurdo M. Falls in old age: inevitable or preventable? *Scottish Medical Journal*, 1998, 43:101–103.
36. Kujala U et al. Physical activity and osteoporotic hip fracture risk in men. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:705–708.
37. Gregg E, Pereira M, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000, 48:883–893.
38. Gutin B, Kasper M. Can vigorous exercise play a role in osteoporosis prevention? A review. *Osteoporosis International*, 1992, 2:55–69.
39. Welten D et al. Weight-bearing activity during youth is a more important factor for peak bone mass than calcium intake. *Journal of Bone and Mineral Research*, 1994, 9:1089–1096.
40. Zhang J, Feldblum P, Fortney J. Moderate physical activity and bone density among perimenopausal women. *American Journal of Public Health*, 1992, 82:736–738.

41. Dunn AL, Trivedi MH, O'Neal HA. Physical activity dose–response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2001, 33(Suppl.):S587–S597.
42. Glenister D. Exercise and mental health: a review. *Journal of the Royal Society of Health*, 1996, 116:7–13.
43. Hassmen P, Koivula N, Uutela A. Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. *Preventive Medicine*, 2000, 30:17–25.
44. Paffenbarger RS Jr et al. Changes in physical activity and other lifeway patterns influencing longevity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1994, 26:857–865.
45. Evans J, Roberts G. Physical competence and the development of children's peer relations. *Quest*, 1987, 39:23–25.
46. Maxwell K, Tucker L. Effects of weight training on the emotional well-being and body image of females: predictors of greatest benefit. *American Journal of Health Promotion*, 1992, 6:338–344.
47. Sonstroem R. Exercise and self-esteem. *Sport Science Review*, 1984, 12:123–155.
48. Laforge RG, Rossi JS, Prochaska JO et al. Stage of regular exercise and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 1999, 28:349–360.
49. Morans R, Mohai P. Leisure resources, recreation activity and the quality of life. In: Driver B, Brown P, Peterson G, eds. *Benefits of leisure*. Philadelphia, Venture Publishing, 1991.
50. Department for Culture, Media and Sport (DCMS) and Strategy Unit. *Game plan: a strategy for delivering Government's sport and physical activity objectives*. London, Cabinet Office, 2002.
51. Ellaway A, Macintyre S, Bonnefoy X. Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey. *BMJ*, 2005, 331(7517):611–612.
52. *Tackling obesity in England. Report by the Comptroller and Auditor General*. London, The Stationery Office, 2001 (http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
53. Martin BW et al. Economic benefits of the health-enhancing effects of physical activity: first estimates for Switzerland. Scientific position statement of the Swiss Federal Office of Sports, Swiss Federal Office of Public Health, Swiss Council for Accident Prevention, Swiss National Accident Insurance Organisation (SUVA), Department of Medical Economics of the Institute of Social and Preventive Medicine and the University Hospital of Zurich and the Network HEPA Switzerland. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 2001, 49(3):131–133.
54. Young people's health and health-related behaviour. In: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004: 53–161 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
55. *The citizens of the European Union and sport. Summary*. Brussels, European Commission, 2004 (Special Eurobarometer 213/Wave 62.0; http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_213_summ_en.pdf, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
56. Lamprecht M, Stamm HP. *Observatorium Sport und Bewegung Schweiz. Bewegungsverhalten in der Gesundheitsbefragung 2002*. Zürich, L&S Sozialforschung und Beratung AG, 2004.
57. Helakorpi S et al. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2003 [Образ жизни и здоровье взрослого населения Финляндии; весна 2003 г.]. Helsinki, National Public Health Institute, 2003 (на финском языке).
58. International Physical Activity Questionnaire [веб-сайт]. Stockholm, Karolinska Institute, 2006 (<http://www.ipaq.ki.se>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
59. Global Physical Activity Surveillance [веб-сайт]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/chp/steps/GPAQ/en/index.html>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
60. Sallis JF, Owen N. *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, Sage, 1999:108–134.

61. Dahlgren G. The need for intersectoral action for health. In: Harrington P, Ritsatakis A, eds. *European Health Policy Conference: opportunities for the future, Copenhagen 5–9 December 1994. Volume II. The policy framework to meet the challenges – Intersectoral action for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 ([http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_HFAP_94.01_CN01\(II\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_HFAP_94.01_CN01(II).pdf), по состоянию на 28 июля 2006 г.).
62. Vuori I, Paronen O, Oja P. How to develop local physical activity promotion programmes with national support: the Finnish experience. *Patient Education and Counseling*, 1998, 33(Suppl. 1):S111–119.
63. Gordon-Larsen P et al. Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics*, 2006, 117(2):417–424.
64. Institute of Public Policy Research. *Streets ahead: safe and liveable streets for children*. London, Central Books, 2002.
65. Macro and micro environmental determinants of physical activity. In: *The obesity issue in Europe: status, challenges, prospects*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (в печати).
66. *Energy and transport in figures 2002*. Brussels, European Commission, 2002.
67. Европейская база данных «Здоровье для всех» [База данных в режиме он-лайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (<http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>, по состоянию на 8 сентября 2006 г.).
68. Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(3):188–199.
69. Urban audit [веб-сайт]. Brussels, European Commission Directorate-General Regional Policy, 2006 (<http://www.urbanaudit.org>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
70. Cavill N, Foster C. How to promote health-enhancing physical activity: community interventions. In: Oja P, Borms J, eds. *Health enhancing physical activity*. London, Meyer & Meyer Sport, 2004 (Perspectives – The Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Sciences, Vol. 6).
71. European Opinion Research Group. *Physical activity*. Brussels, European Commission, 2003 (Special Eurobarometer 183-6/Wave 58.2; http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
72. Rickards L et al. *Living in Britain. No. 31. Results from the 2002 General Household Survey*. London, The Stationery Office, 2004 (http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_compendia/lib2002.pdf, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
73. *Young people and sport in England. Trends in participation 1994–2002*. London, Sport England, 2003 (<http://www.sportengland.org/downloads/Young-People-and-Sport-2002-report.pdf>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
74. Trost SG et al. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2002, 34(12):1996–2001.
75. Foster C et al. *Understanding participation in sport and physical activity amongst children and adults*. London, Sport England, 2005 (http://www.sportengland.org/understanding_participation_in_sport_2005.pdf, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
76. *Spanish strategy for nutrition, physical activity and prevention of obesity*. Madrid, Ministry of Health and Consumer Protection, 2005 (http://www.aesa.msc.es/aesa/web/AesaPageServer?idDescarga=9&url=FileServer&file=the%20NAOS%20Strategy.pdf&language=en_US&download=yes, по состоянию на 19 июля 2006 г.).
77. Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. *Physical activity fitness and health. International proceedings and consensus statement*. Champaign, Human Kinetics, 1992.
78. Martin BW. Physical activity related attitudes, knowledge and behaviour in the Swiss population: comparison of the HEPA surveys 2001 and 1999. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 2002, 50(4):164–168.
79. *Содействие физически активному образу жизни в городских условиях: роль местных органов власти*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (в печати).

80. *A framework to monitor and evaluate the implementation of the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/Indicators%20paper-%20English%20Version%20-May%202006%20.pdf>, по состоянию на 28 июля 2006 г.)
81. Effectiveness of physical activity promotion strategies. In: *The obesity issue in Europe: status, challenges, prospects*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (в печати).
82. Leijon M, Jacobsson M. *Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen* [Физическая активность по рецепту – эффективно или нет? Оценка модели, использованной в Остерготланде]. Linköping, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstinget i Östergötland, 2006 (Rapport 2006:2) (на шведском языке).
83. Cavill N et al. An evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: contrasting case studies. *Promotion and Education* (в печати).
84. Saelensminde K. Cost-benefit analyses of walking and cycling track networks taking into account insecurity, health effects and external costs of motorized traffic. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 2004, 38(8):593–606.
85. *Steps towards a more physically active Europe. Promoting physical activity for health – A framework for action in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (в печати).
86. Европейская министерская конференция ВОЗ по борьбе с ожирением [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (<http://www.euro.who.int/obesity/conference2006?language=Russian>, по состоянию на 8 сентября 2006 г.).
87. Европейский план действий «Окружающая среда и здоровье детей» (ЕОСЗД) [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (http://www.euro.who.int/childhealthenv/policy/20020724_2?language=Russian, по состоянию на 8 сентября 2006 г.).
88. Diet, physical activity and health – EU platform for action [веб-сайт]. Brussels, European Commission, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm, по состоянию на 19 июля 2006 г.).
89. *Green Paper. Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases*. Brussels, European Commission, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf, по состоянию на 19 июля 2006 г.).
90. Общеевропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья [веб-сайт]. Женева, Европейская экономическая комиссия ООН, 2006 г. (<http://www.therep.org/ru/welcome.htm>, по состоянию на 8 сентября 2006 г.).
91. Европейская сеть содействия оздоровительной физической активности [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (<http://www.euro.who.int/hepa?language=Russian>, по состоянию на 8 сентября 2006 г.).
92. Здоровые города и городское управление [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (<http://www.euro.who.int/healthy-cities?language=Russian>, по состоянию на 8 сентября 2006 г.).
93. Wanless D. *Securing good health for the whole population. Final report*. London, HM Treasury, 2004 (http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
94. Badland H, Schofield G. Transport, urban design, and physical activity: an evidence-based update. *Transportation Research Part D*, 2005, 10:177–196.
95. Owen N et al. Understanding environmental influences on walking: review and research agenda. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(1):67–76.
96. Saelens BE, Sallis JF, Frank LD. Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, 25(2):80–91.

97. Foster C, Hillsdon M. Changing the environment to promote health-enhancing physical activity. *Journal of Sports Sciences*, 2004, 22:755–769.
98. Ogilvie D et al. Promoting walking and cycling as an alternative to using cars: systematic review. *BMJ*, 2004, 329(7469):763.
99. Department for Planning and Infrastructure. *Travel behaviour change program for the city of South Perth under the TravelSmart program: technical appendix*. Perth, Government of Western Australia, 2003.
100. *Congestion charging: update on scheme impacts and operations*. London, Transport for London, 2004 (<http://www.tfl.gov.uk/tfl/downloads/pdf/congestion-charging/cc-12monthson.pdf>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
101. *Congestion charging. Monitoring. Impacts monitoring second annual report*. London, Transport for London, 2004 (http://www.tfl.gov.uk/tfl/cclondon/cc_monitoring-2nd-report.shtml, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
102. Troelsen J, Jensen SU, Andersen T. *Evaluering af Odense – Danmarks nationale cykelby* [Оценка Оденсе – Национального велосипедного города Дании]. Odense, Odense Cykelby, 2004 (http://www.cykelby.dk/pdf/cykel_inet.pdf, по состоянию на 28 июля 2006 г.) (на датском языке, англ. резюме).
103. *Action for health in cities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (<http://www.who.dk/document/wa30094ac.pdf>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
104. Mindell J et al. Health impact assessment as an agent of policy change: improving the health impacts of the Mayor of London's draft transport strategy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:169–174.
105. Dishman RK et al. Worksite physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15: 344–361.
106. Proper K et al. The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 2003, 13:106–117.
107. Kahn EB et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(Suppl. 4):73–107.
108. Mutrie N et al. "Walk in to Work Out": a randomised controlled trial of a self help intervention to promote active commuting. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(6):407–412.
109. Wen LM et al. Promoting active transport in a workplace setting: evaluation of a pilot study in Australia. *Health Promotion International*, 2005, 20(2):123–133.
110. Cavill N, Bauman A. Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media campaigns have a role? *Journal of Sports Science*, 2004, 22:171–190.
111. Young DR et al. Effect of community health education on physical activity knowledge, attitudes, and behavior. The Stanford Five-City Project. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 144:264–274.
112. Ronda G et al. The Dutch heart health community intervention 'Hartslag Limburg': design and results of a process study. *Health Education Research*, 2004, 19:596–607.
113. Czech Republic. *iwalk country since 2004* [веб-сайт]. Chapel Hill, National Center for Safe Routes to School, University of North Carolina Highway Safety Research Center, 2006 (<http://www.iwalktoschool.org/whoswalking/country.cfm?id=40>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
114. Folkehelse [Общественное здравоохранение – веб-сайт]. Bodø, Nordland fylkeskommune, 2005 (<http://www.nfk.no/ncms.aspx?id=0C1D6177-DBD0-4493-9EF1-56799F81DFC0&menuid=25003>, по состоянию на 28 июля 2006 г.) (на норвежском языке).
115. School travel plan [веб-сайт]. Bristol, Sustrans, 2006 (http://www.saferoutestoschools.org.uk/index.php?f=travel_plans.htm, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
116. Vuori I, Lankenau B, Pratt M. Physical activity policy and program development: the experience in Finland. *Public Health Reports*, 2004, 119(3):331–345.

117. *Sport for all incentive in the Netherlands*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2000 (International Publications Series Health Welfare and Sport, No. 5; http://www.minvws.nl/images/sportforall_tcm11-21864.pdf, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
118. *Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006 (Public Health Intervention Guidance, No. 2; <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=299528>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
119. *Effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews (evidence briefing)*, 2nd ed. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005 (<http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=505281>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).
120. *Il piano per la salute di Cesena* [План развития здоровья в регионе Чезена]. Bologna, Emilia-Romagna Region, 2006 (http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/percorsi_pps/pps_cesena.pdf, по состоянию на 28 июля 2006 г.) (на итальянском языке).
121. Brunton G et al. *Children and physical activity: a systematic review of barriers and facilitators*. London, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2003 (http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWebContent/hp/reports/healthy_eating02/Summary.pdf, по состоянию на 28 июля 2006 г.).

Приложение 1. Дополнительная литература

Обзор состояния проблемы физической активности

The obesity issue in Europe: status, challenges, prospects. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (в печати) (особенно главы 5, 11 и 16, касающиеся физической активности).

Oja P, Borms J, eds. *Health enhancing physical activity.* Oxford, Meyer & Meyer Sport, 2004 (Perspectives – The Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Sciences, Vol. 6).

Фактические данные о связи физической активности и здоровья

At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer. London, Department of Health, 2004 (<http://tinyurl.com/332mf>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).

Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 2006, 16(Suppl. 1):3–63.

The Surgeon-General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity [веб-сайт]. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 2005 (<http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).

Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1996 (<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).

Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 2006, 174(6):801–809.

Фактические данные об эффективности вмешательств

Effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews (evidence briefing), 2nd ed. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005 (<http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=505281>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).

Guide to community preventive services. Physical activity [веб-сайт]. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2006 (<http://www.thecommunityguide.org/pa/default.htm>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).

Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. Review. *The Cochrane library*, 2006, 3 (http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003180/pdf_fs.html, по состоянию на 28 июля 2006 г.).

Interventions related to obesity: a state of the evidence review. Ottawa, Heart and Stroke Foundation of Canada, 2005.

Стратегии и подходы

Active living research [веб-сайт]. San Diego, Active Living Research, 2006 (<http://www.activelivingresearch.org>, по состоянию на 28 июля 2006 г.).

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/transport/modes/20030121_1, по состоянию на 28 июля 2006 г.).

Sallis JF, Owen N. *Physical activity and behavioral medicine.* Thousand Oaks, Sage Publications, 1999.

Физическая активность – это мощное средство улучшения состояния физического и психического здоровья людей. Она способствует снижению риска многих неинфекционных болезней, а также приносит общественную пользу, стимулируя социальные взаимодействия и вовлечение сообщества. К сожалению, уровень физической активности более половины населения Европейского региона ВОЗ не достигает рекомендованных значений, и наблюдается тенденция к его дальнейшему снижению.

Одно из важных направлений в решении стоящей задачи – это популяризация и содействие оздоровительной физической активности. Этот подход подчеркивает важность того, чтобы физическая активность была неотъемлемой частью повседневной жизни, а не только факультативной добавкой к расписанию в конце делового дня.

Данный буклет предназначен для руководителей и других заинтересованных лиц в различных секторах в странах Европы, деятельность которых может способствовать развитию физической активности, в том числе представителей системы здравоохранения, сферы спорта и отдыха, транспорта, городского планирования, образования, работодателей, а также средств массовой информации. В нем приведены факты, касающиеся оздоровительной физической активности, примеры уже осуществленных практических подходов, роли сектора здравоохранения и других отраслей, а также аргументы в пользу комплексных согласованных действий в масштабе Европейского региона ВОЗ.

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. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 92-890-4387-3



9 789289 043878

Европейское
региональное
бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-член

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
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Чешская Республика
Черногория
Швейцария
Швеция
Эстония