

7

СПЕЦИАЛНИ ЗДРАВНИ НУЖДИ НА ОБЩЕСТВОТО

ВЪВЕДЕНИЕ

Във всяко общество има групи от хора, които изискват специално внимание от здравната система. Те включват индивидите с психични проблеми и умствено изоставяне, коренното население, бежанците, скитниците и бездомните, военните и затворниците. Съществуват още и специални нужди, като стоматологичното здраве и спешната помощ, които са необходими на цялото население. С тези специални нужди се занимават различни служби, които са произлезли от общата здравна система. Даже и след като първоначалните причини за това отделяне вече не са актуални, по традиция или поради различни интереси системите продължават да са отделени.

Новото обществено здравеопазване поставя ударението върху разглеждането на специалните нужди, както на индивида, така и на населението, в контекста на обществото и националните здравни системи. Тази глава разглежда специалните здравни нужди, които засягат определени подгрупи и населението като цяло. Някои от интервенциите, необходими за защита здравето на отделните групи са насочени специално към групата в риск. Други дейности са насочени към цялото население, тъй като всички са в риск, като например решаване проблемите на психичното здраве. Новото обществено здравеопазване обръща внимание на нуждите на по-малко привилегированите групи от населението и се опитва да осигури адекватно внимание към специфичните за всяка група профилактични и дългосрочни здравни нужди, в контекста на осигуряване грижи за цялото население и всички други здравни въпроси.

ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

"Психичното здраве е комплексно явление, което се определя от множество социални, биологични и психологични фактори, както и фактори на околната среда. То отчасти зависи от усилията на общественото здравеопазване да контролира невропсихиатричните нарушения, включително депресия, страх, шизофрения, деменция и епилепсия" (Световна Здравна Организация, 1996). По данни на СЗО 1,5 милиарда души, три четвърти от които живеят в развиващите се страни, страдат от едно или повече невропсихиатрични заболявания. В същото време големият напредък в разбирането на поведенческите, неврологичните и социологични фактори, както и новите методи на профилактика и управление на психичните и неврологични болести с ефективни медикаменти и други методи на интервенция, прави тази област от здравните нужди важен елемент на новото обществено здравеопазване.

Психичните заболявания представляват голяма част от общата заболяемост и инвалидност в обществото. Психичните заболявания водят до страдания и социално

нещастие на индивида и семейството му, както и до значителни преки и косвени разходи. Стотици милиони хора по света страдат от една или друга форма на психично разстройство от много лека до пълна инвалидност.

Други дефиниции на психичното здраве се фокусират върху функционалността на индивида. Канадският департамент за здраве и благополучие (1988 г.) дефинира психичното здраве като "възможността на индивида, групата и околната среда да взаимодействат помежду си по начини, които спомагат за субективното благополучие, оптималното развитие и използване на психичните възможности, постигането на индивидуалните и колективни цели, съвместими със справедливостта и поддържането и съхраняването на състояние на фундаментално равенство". *Donaldson* дефинира психичното здраве като "състояние, при което човек може да изпълнява активна функционална роля в обществото, взаимодействайки с други и преодолявайки трудности без това да му причинява страдание или да води до анормално или смущаващо поведение" (*Essential Public Health Medicine*, 1993).

Кратковременни или продължителни психични и емоционални проблеми могат в някаква степен да засегнат всеки в даден момент от живота му. Това включва широк спектър от състояния: безпокойство, депресия, изолация и самота, психични състояния, маниакално-компулсивни разстройства, нарушения в храненето и поведението, злоупотреба с наркотици, престъпление, самоубийство и насилие, алкохолизъм и физическо и психическо малтретиране на семейството. Тези състояния засягат физическото и социалното благополучие на пациента, семейството му и обществото. Мерките, базирани се на изчакването до демонстриране на пълна клинична проява, често водят до продължителен престой в специализирано заведение, за разлика от интервенциите при първите кризи или обществените подходи към подобни състояния.

Традиционно психиатричните състояния се класифицират като психически или невротични и според начина на проявлението им. Психозите са основни психични заболявания, характеризирани се с тежки симптоми, като бълнуване и халюцинации. Те се делят на органични и функционални, като органичните се свързват с явна физическа аномалия, а при функционалните не се наблюдава физическо заболяване. Функционалните психози включват шизофрения и емоционални и депресивни разстройства.

Невротичните състояния са с различна степен на проявление, но в общия случай се характеризират с ненормално бърза реакция, като безпокойство или маниакални мисли за събития от нормалния живот. Те се делят на страхови неврози, маниакално-компулсивни неврози, истерия и депресия. Умственото изоставане и личностната деградация по принцип се различават от психичните заболявания, тъй като започват в началото на живота или в юношеството, докато началото на психично заболяване се регистрира в даден момент след период на пълноценен живот, но все по-често се разглеждат като част от целия спектър на здравните проблеми на обществото и необходимостта от програми.

Психичното здраве се влияе от много фактори, които са както вътрешни, така и външни за индивида. Възможно е да съществува генетична наследственост и фамилна обремененост с психични болести, чиито симптоми се предизвикват от външни фактори. Стресът допринася за поведенческите и функционалните проблеми в семейството и обществото. Събития от живота като болест, тежка загуба, безработица или пенсиониране, икономически стрес, разрушаване на семейството, насилие в семейството, безплодие или развод, могат да предизвикат социално пропадане или психически срив

на индивида и по този начин да се превърнат в рискови фактори, които от своя страна могат да помогнат за дефинирането на профилактични и интервенционни програми.

ПАНЕЛ 7.1

УЯЗВИМИ ГРУПИ И ФАКТОРИ ЗА НАРУШАВАНЕ НА ПСИХИЧНИТЕ ФУНКЦИИ

Деца	<p>Генетични фактори, травми при раждането, алкохолен синдром на зародиша, ниско тегло при раждането, използване на наркотици от майката по време на бременността</p> <p>Недостиг на хранителни вещества: йод, желязо</p> <p>Нищета и психосоциални лишения</p> <p>Малтретиране, насилие: действително или наблюдавано в дома или в средата</p> <p>Инфекции (напр. вирусен енцефалит)</p> <p>Експозиция на токсични вещества (т.е. олово)</p> <p>Сексуално съзряване и свързан с това стрес</p>
Юноши	<p>Стрес в семейството, малтретиране, насилие, нищета</p> <p>Силен натиск, страх от грешки/пропадане</p> <p>Очаквания в училището, кариерата, службата</p> <p>Насилие, травма, стрес</p> <p>Външен вид, страх от напълняване</p> <p>Злоупотреба с алкохол и наркотици</p>
Възрастни	<p>Жени по отношение на плодовитост, забременяване</p> <p>Родителство, особено самотно, нищета</p> <p>Малтретиране, физическо, сексуално и психологическо насилие срещу жените</p> <p>Страх, свързан с работата, безработица</p> <p>Стрес от остаряване, менопауза</p> <p>Загуба на репродуктивните функции и мъжествеността</p> <p>Загуба на статут и работа, загуба на себеуважение</p> <p>Загуба на съпруг(а), приятели, дом</p> <p>Нищета и изолация</p>
Стари хора	<p>Пенсиониране и загуба на статута на работещ</p> <p>Влошаване на умствените и физически възможности</p> <p>Недохранване: синдром "чай и препечена филийка"</p> <p>Малтретиране, насилие</p> <p>Загуба на независимостта</p> <p>Страх от смъртта и дълъг процес на влошаване на състоянието</p>

Емоциите също оказват голямо влияние върху физическото и психичното здраве като стимулират физиологичните и психологичните реакции. Някои реакции на стрес помагат на индивида да се подготви за решаване на лични проблеми, но продължителният стрес се превръща във фактор на хронично емоционално състояние и може да окаже силен натиск върху физиологичните системи. Резултатът е социална патология, която намалява шансовете на индивида и семейството за физическо и психично здраве.

ИСТОРИЧЕСКИ ПРОМЕНИ В МЕТОДИТЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

Традиционно психичните болести са обект на суеверие, брутално отношение и лечение в изолация от обществото. Методите на лечение на психично болните са се състояли в отстраняването им от обществото и продължителен престой в специализирани институции, използващи правни и физически ограничения и различни тежки форми на физическо, шоково лечение. В края на XVIII-ти век реформите на *Vincenzo Chiarugi* в Италия, *William Tuke* (и квакерите) в Англия и най-вече *Philippe Pinel* във Франция, водят до прекратяването на практиката на оковаване, гладуване и побой на пациентите в приютите за душевно болни. Психиатричните приюти, обаче, прерастват в големи изолирани заведения за институционални грижи за невменяемите, обикновено при ужасни условия и това е бил стандартът на грижите за психично болните до XX-ти век.

През XIX-ти век местните власти във Великобритания имат правомощия да строят приюти за душевно болни и да упражняват надзор над прословутите частни приюти. Със Закона за психичното лечение от 1930 г. се създават обществени психиатрични клиники, осигуряващи някаква алтернатива на строгостта на приютите за душевноболни. През 1948 г., английските болници за душевноболни влизат в Националната здравна служба.

ПАНЕЛ 7.2

НЕДОСТАТЪЦИ НА ТРАДИЦИОННИТЕ СИСТЕМИ ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

"Съществуващите системи за осигуряване на здравни грижи, включително грижите за психичното здраве, не могат да удовлетворят нуждите на по-голяма част от населението по света. Много от системите са централизирани, на базата на болници и ориентирани към определено заболяване, като грижите, полагани от медицинския персонал са в отношение едно към едно лекар - пациент. Такива грижи често не се съвместяват с принципа за социално равенство, особено в развиващите се страни".

Източник: World Health Organization. 1990. *The Introduction of a Mental Health Component into Primary Health Care*. Geneva: WHO

През 50-те год. на XX-ти век леглата за психично болни в САЩ и в много други страни е равен на броя на леглата за остри заболявания. Хоспитализирането за психично заболяване е било продължително и често до края на живота на пациента, с повтарящи се приеми и опекунски грижи с много малък шанс за подобряване или изписване. Терапевтичните мерки са на базата на опекунски грижи, с тежки успокоителни, инсулин и електрошок и даже лоботомия. Намаляването на третичния сифилис и други органични причини за психичните заболявания, развитието на психотропните лекарства водят до съществени промени в политиките на опекунство.

Оказва се, че грижите за психичното здраве, основаващи се на опекунски грижи са много скъпи и неефективни. Големите болници за психично болни от миналото ползват значителни здравни ресурси. В много страни те са основни болници за пси-

хично болни пациенти с повече от 5 легла на 1 000 души от населението и огромни общи разходи. Те имат малко излекувани пациенти и създават повече дълготрайни увреждания на затворените в специализирани заведения пациенти, които не са в състояние да се върнат в нормалното общество.

Нарастващата дейност на защитниците на реформата в психичното здраве (движение за психична хигиена) и приемането на Националния закон за психично здраве през 1946 г. в САЩ дава нова посока на грижите за психично здраве. Английският закон за психично здраве от 1959 г. предвижда рязко намаляване на леглата за психично болни от 152 000 през 1952 г. на 98 000 през 1975 г. и 59 000 в началото на 90-те год. на XX-ти век. През този период психиатричните отделения за кратковременен престой в многопрофилните болници се увеличават. Убеждението, че броят на психично болните индивиди се увеличава сред бездомното население във Великобритания и САЩ, води до преоценка на политиките за психично здраве.

Освобождаването от грижи в специализирано заведение и връщането на голям брой пациенти в обществото след 60-те год. на XX-ти век, изисква поддържането на тези пациенти с ефективни медикаменти, допълнително обслужване и други форми на терапия, а така също и кратки или продължителни хоспитализации. Ако обществените грижи са неадекватни, тази политика може да доведе до увеличаване броя на бездомните с психични заболявания, които не са способни да се включат в съвременното общество. Коефициентът на хоспитализация на психично болни в САЩ през периода 1969-1993 г. намалява в щатските и общинските болници, но се увеличават кратковременните приеми в отделенията за активно лечение на многопрофилните болници и приемите в частните психиатрични болници (табл. 7.1).

ТАБЛИЦА 7.1

Честота на приемане в болница на психично болни пациенти¹, САЩ, 1969-1992

Прием в болница според типа на болницата	1969	1975	1983	1988	1992
Щатна или общинска болница	244	205	46	125	109
Многопрофилна болница за активно лечение (нефедерална)	240	257	337	359	377
Психиатрични центрове на болниците за ветерани	68	86	64	104	72
Частни психиатрични болници	46	59	71	156	186
Общо (включително и др. категории)	644	737	701	819	830

Източник: Health, United States, 1990 и 1996-1997

¹ - Стойностите са за 100 000 души от цивилното население

ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ

Психичните нарушения са често срещано заболяване във всички общества; около 10 милиона възрастни и 4 милиона деца в САЩ живеят със сериозни психични нарушения, като се изключат злоупотребяващите с психотропни вещества (*Mental Health, United States*, 1996). Психиатричната епидемиология се е развила като научна дисциплина през последните няколко десетилетия. Провеждани са проучвания за заболяемостта, разпространението, причините и последиците от психичните заболявания. Проучване, проведено в средата на 50-те год. на XX-ти век в среден Манхатън опреде-

ля населението както следва: добре 19 %, леки симптоми 36 %, средни до явни симптоми 45 % и сериозни до пълна невменяемост 10 %. Проучвания, провеждани в други западни страни (Финландия и градовете Атина, Камбера и Камбъруел- Великобритания) посочват честота на клинична депресия между 4,5 и 7,2 %. През 1985 г. психичните заболявания са причина за 29 % от всички хоспитализации във Великобритания и 4 % от приемите в болница. Проучвания във Великобритания показват, че между 25 и 30 % от пациентите, посещаващи общопрактикуващите лекари имат сериозни или изявиени психиатрични причини за състоянието си, даже и в случаите, когато симптомите са първоначално соматични.

Национално проучване изследва доживотната и 12-месечна заболяемост от психични разстройства (*DSM III*) сред национална представителна извадка от възрастното население на САЩ в периода 1990-1992 г. Почти 50 % от отговорилите посочват, че най-малко един път в живота си са имали психично нарушение, а около 30 % - че това е било през последните 12 месеца. Най-честите нарушения са сериозни епизоди на депресия, зависимост от алкохол и социални или обикновени фобии. Повече от половината участници в проучването, посочили доживотни проблеми са имали по 3 или повече нарушения, съставляващи 14 % от цялата извадка. По-малко от 40 % от тези с доживотни отклонения са били винаги лекувани професионално. Жените са по-склонни към емоционални страхови разстройства, а мъжете - към злоупотреба с вещества и асоциални форми на поведение и личностна деградация. Проучването установява, че заболяемостта от психиатрични нарушения е по-голяма от очакваната, като в повечето случаи не са прилагани професионални грижи. Тези резултати обосновават необходимостта от разширяване и интегриране на психиатричните грижи с първичната медицинска помощ. Проучванията за изследване на заболяемостта се характеризират с трудности при определяне методите на проучване по спомени и други неточно представени данни от отговорите, диагностичните критерии и представителността на извадката, а така също и в използвания инструментариум. Епидемиологията на психичното здраве извлича данни от националните регистри, а така също сътрудничи със социолози, епидемиолози, биостатистици, антрополози, генетици и други специалисти с цел да се увеличат знанията за факторите, допринасящи за психичните заболявания.

СЗО посочва, че най-малко 5 % от населението в Европейския регион страда от сериозни психични нарушения (неврози и функционални психози), въпреки че изчислената заболяемост в отделните проучвания е различна. Най-малко 15 % от населението страда от по-леки, но частично инвалидизиращи форми на психично разстройство. Те засягат тяхното благополучие и създават предпоставка за по-сериозни психични проблеми като тежки депресии, хронични психиатрични състояния или психо-емоционални проблеми и поведение, заплашващо живота на засегнатия, като самоубийство, насилие и злоупотреба с вещества. От 80-те и 90-те год. на XX-ти век, Западно Европейските страни въвеждат радикални промени в психиатричните грижи, включващи процес на "деинституционализация", който комбинира изписването на пациенти, които преди това са били продължително време в специализирани заведения с реинтегрирането им в обществото. Част от този процес е разработването на обществени услуги за лечение и помощ, които съдействат за независим живот, жизненоважни социални и трудови умения.

Националният институт за психично здраве (*NIMH*) (<http://www.nimh.gov>) в САЩ посочва, че от шизофрения са засегнати 2 милиона американци, а 10 милиона имат биполярни (маниакално-депресивни) разстройства. Други състояния (фобии,

посттравматичен стрес и маниакално-компулсивни разстройства) засягат около 30 милиона, а още толкова боледуват от болестта на Алцхаймер и други мозъчни увреждания. От нарушения в храненето страдат милиони юноши. Милиони са и онези, които злоупотребяват с вещества и страдат от свързани с това съпътстващи болести. С развитието на системите за управлявани грижи в САЩ и интегрирането на психичното здраве в системите на първичната здравна помощ под формата на районни здравни центрове в някои страни, проблемът разход-полза става все повече основна тема за здравните икономисти и здравните мениджъри.

Мисията на *NIMH* е да провежда изследвания върху мозъка, поведението и генетиката, да развива нови диагностични и терапевтични методи, като ги тества в реални условия. Институтът се фокусира върху неврологията, по-специално на молекулярно ниво (Нобелова награда, *Julius Axelrod*, 1970).

През 1990 г. СЗО дефинира психичните нарушения като един от най-големите глобални проблеми на общественото здравеопазване с десетки милиони случаи (както се вижда от табл. 7.2), водещи до загуба на почти 10 % от годините на живот в здраве (*DALY*). Лошо психично здраве се наблюдава както в развиващите се, така и в индустриалните общества. Това е в резултат от увеличаващата се продължителност на живота и сложното взаимодействие между биологичните, психологичните и социалните фактори (т.е. застаряване, нищета, война и травми, нарушаване на човешките права, ограничено образование, полова дискриминация, недохранване и бедност).

ТАБЛИЦА 7.2

Глобална болестност от психични и болести на поведението, 1998 (извършени прегледи)

Нарушение	Болестност (в хиляди)
Безпокойства и страх	400 000
Депресивни състояния (разстройства на настроението)	340 000
Синдром на алкохолна зависимост	288 000
Умствено изоставане (всички видове)	60 000
Шизофрения	45 000
Епилепсия	40 000
Деменция (включително болест на Алцхаймер)	29 000
Синдром на злоупотребата с вещества	28 000
Самоубийства (опити)	10-20 000
Самоубийства (извършени)	835

Източник: WHO, World Health Reports, 1998 и WHO Mental Health Program, 1999

Част от предизвикателството на психичните болести е да се променят приоритетите на здравето, като се поставят психичните и физическите болести с еднакъв приоритет. Трудно може да се оцени тежестта на психичните проблеми по отношение на социалните и икономически разходи на семействата и обществото от болестта, загубата на трудоспособност, както и личните финансови разходи. Скрита остава и тежестта от позора пред обществото и загубата на човешки права, свързвани с психично заболяване. Отричането от обществото, семействата, работодателите и даже лекарите е част от изолацията, унижението и болката, която психично болните трябва да понасят, на-

ред със загубата на своята независимост и възможността сами да си изкарват прехраната.

СИНДРОМИ НА ПСИХИЧНИ НАРУШЕНИЯ

Психичните нарушения се представят от широка гама синдроми, включително промяна на личността, объркано мислене, аномална тревога, страх или подозрителност, оттегляне от социални контакти, мисли или действия за самоубийство, безсъние, промяна в начините на хранене, изблици на гняв и враждебност, злоупотреба с алкохол или наркотици или просто невъзможност за извършване на ежедневни дейности, като ходене на училище, на работа или за удовлетворяване на лични потребности. Психичните разстройства включват хетерогенна група нарушения, започвайки от пресилената реакция на стресови събития до промяна на мисленето в резултат на специфични неврологични или генетични аномалии (*U.S. Department of Health and Human Resources*, 1999). Хроничният характер на тези нарушения е проблем, който в миналото е налагал продължителна хоспитализация. С подобряването на медикаментите и управлението на грижите в обществото, хоспитализацията, като първоначален метод на лечение е силно намалена.

Органични психични синдроми. Органичните психични нарушения могат да предизвикат редица симптоми, като намаляване на паметта, възприемането, възможностите за научаване, езика и преценката, включително възможността да се мисли и смята или тежка деменция. Болестта на Алцхаймер е най-типичното състояние за тази категория. Други причини от органичен произход включват травматични увреждания на мозъка, мозъчно-съдов инцидент, болест на Паркинсон, алкохолизъм, болест на *Creutzfeldt-Jacob*, СПИН, пост-енцефалитни разстройства, сифилис и други деменции и психични нарушения, дължащи се на физическа болест на мозъка. По данни на СЗО, 22 милиона души по света страдат от подобни състояния. Намаляването на познавателните способности при старите хора под 75 годишна възраст е по-малко от 5 %, но се среща в над 40 % от старите хора над 80 години.

Предпазването от нараняване на мозъка, инсулт, енцефалит, дължащ се на ваксини срещу други заболявания, менингитът на алкохолизма и адекватното хранене намаляват заболяемостта от деменции. Разпознаването на познавателните способности при старите хора е важна функция на първичната здравна помощ и специализираните гериатрични и психиатрични институции. Поради увеличената продължителност на живота, случаите с органичен мозъчен синдром могат да се превърнат в голяма тежест за семействата и здравната система. Помощните услуги за семейства, грижещи се за хора, засегнати от органичен мозъчен синдром са част от обширната здравна програма и трябва да включват краткосрочна почивка, грижи в дома и продължителни здравни грижи. Изследванията върху органичните мозъчни синдроми трябва да бъдат с изключително висок приоритет, поради личностната деградация на все по-голяма група от населението и свързаните с това ефекти върху индивида и семейството, а така също и поради големите разходи за здравни услуги за тази група.

Злоупотреба с вещества. Злоупотребата с вещества (психични разстройства и нарушения на поведението, дължащи се на психо-активно използване на наркотици) е интоксикация с вещество, което причинява физическо или психологическо увреждане, неправилна преценка или дисфункционално поведение, водещо до инвалидност и

пагубни междуличностни отношения. Зависимите синдроми се характеризират с: принуда да се използва веществото, синдром на физическо отказване, търпимост към неговите ефекти, разпространение на веществото и настояване за използване на веществото, въпреки негативните ефекти. Злоупотребата с вещества се свързва със сериозни проблеми, включително смърт от предозиране, извършване на престъпление за поддържане на навика, пренасяне на венерически болести, СПИН и хепатит, задържане в затвор, социален остракизъм и продължително увреждане на мозъка.

Злоупотребата с наркотични вещества е на пандемично ниво. Според СЗО, синдромът на наркотична зависимост засяга 28 милиона души. Годишно от предозиране умират между 100 000 и 200 000 души. Вдишването на летливи разтворители (т.е. смъркане на лепило, разреждатели на боя, газ и аерозоли) между подрастващите е широко разпространено и причинява смърт и сериозни мозъчни увреждания. Използването на канабис е широко разпространено. Появяват се нови химически формули ("наркотици по поръчка"), причиняващи смърт и увреждане на мозъка. Използването на опиати, кокаин и психотропни вещества засяга всички нива на обществото в развитите и развиващите се страни, подсилено от урбанизацията и други социални стресове и със съдействието на мощни икономически и политически интереси в международната търговия с наркотици. Опитите да се елиминира или контролира трафика с наркотици има много общо с международните усилия да се забрани търговията с роби в края на XVIII-ти и началото на XIX-ти век; и в двата случая някои правителства покровителстват търговията, докато други се опитват да я спрат.

Профилактиката е насочена към уязвимите групи, особено младите хора, бездомните/уличните деца и жените, които употребяват наркотици. Широко се използва матадон - заместител, който намалява зависимостта от наркотици. Програми срещу използването на едни и същи игли при инжектирането на наркотици се прилагат успешно сред наркоманите с цел намаляване на разпространението на СПИН и хепатити В и С, но тези програми понякога се критикуват като програми, които окуражават приемането на наркотици. Детоксикацията и продължителното лечение и последващите програми са скъпи и разстройващи, но са по-добри от алтернативите за болести, престъпления, социално пропадане и затвор, понастоящем характерни за тази група.

Злоупотреба с алкохол. Злоупотребата с алкохол засяга 120 милиона души по света. Злоупотребата с алкохол, хроничният алкохолизъм и свързаните с него заболявания като цироза, рак на различни органи и социалното пропадане са широко разпространени в много страни по света. Те са причина за висока заболеваемост и смъртност от травма, насилие и малтретиране на съпруги и деца. Злоупотребата с алкохол по време на бременност се свързва с раждането на мъртво дете, преждевременно раждане и алкохолен синдром на плода.

Стратегиите за намаляване на злоупотребата с алкохол включват повишаване на цените и намаляване на предоставянето на алкохол, особено за подрастващите, установяването на минимална възраст за закупуване на алкохол, забрана за шофиране след употреба на алкохол, програми за обществено обучение, индивидуални консултации, групова терапия и групи за взаимна помощ, а така също програми за приемане в болница и рехабилитация.

Шизофрения. Шизофренията включва група хронични състояния с епизоди на психично заболяване с халюциниращи мисловни или поведенчески разстройства.

Обикновено се проявява около 20-та година от живота, като изопачено мислене, възприемане и преценка. Симптомите могат да включват възбуда, усамотяване и кататонно състояние. Халюцинациите могат да бъдат визуални или слухови.

Това е хронично заболяване, при което разстройството се проявява в епизоди, продължаващи около няколко месеца с интервали на нормално състояние. Среща се в двата пола и във всички социални класи и засяга около 1 % от възрастното население. Характеризира се с периодична необходимост от хоспитализиране. Управлението на болестта със съвременните медикаменти подобрява състоянието на много от пациентите.

По данни на СЗО в света има 45 милиона шизофреници, като 33 милиона са в развиващите се страни. В САЩ преките разходи за лечение се изчисляват на около 0,5 % от БНП. Въпреки, че има биологичен произход, протичането и изхода от това състояние зависи от социалните и културни предпоставки. Острите грижи и продължителните проследявания изискват добре интегрирани обществени и болнични услуги. Невролептичните лекарства като *Chlorpromazine*, въведени в началото на 50-те год. на XX-ти век до голяма степен намаляват симптоматиката и позволяват на пациентите нормален обществен живот, особено с подкрепата на техните семейства и съответните обществени служби. При нужда се прибегва до периодични кратковременни хоспитализации.

Разстройства на настроението. Приповдигнато или депресивно състояние на настроението се наблюдава при около 340 милиона души по света. Счита се за четвъртата водеща болест в развиващите се страни. В САЩ годишните разходи за лечение на депресия се изчисляват на около 44 милиарда долара и са съизмерими с разходите за сърдечно-съдови заболявания (СЗО, *World Health Report*, 1997).

Смущенията в настроението варират от мании до депресивни състояния, често включващи редуване на мания и депресия (маниакално-депресивни или биполарни разстройства). Депресията се счита за най-разпространеното емоционално разстройство, което засяга около 5 % от населението по всяко време. Диагнозата на депресията включва четири или повече от следните симптоми: загуба на интерес или удоволствие от нормалните дейности, липса на емоционален отговор, нарушение на съня (ранно събуждане, безсъние или прекомерна сънливост), депресия, която е най-тежка в сутрешните часове, загуба на апетит, загуба на 5 % от теглото за месец, липса на либидо и психомоторно забавяне (или възбуждане). Сериозността на заболяването варира от лека до тежка депресия. Епизодите на депресия могат да бъдат повтарящи се и представляват сериозен рисков фактор за самоубийство и социален срив. Тежката депресия се среща най-често при старите хора. Разстройство, причинено от сезонността е синдром, свързан с тъмнината през зимните месеци и се среща най-често в северните страни, където зимните нощи са много дълги и начинът на живот е по-затворен. Свързва се също със злоупотреба с алкохол, сърдечно-съдови заболявания и самоубийство.

Икономическият стрес, безработицата, дискриминацията и практиките на ограничаване на правата на жените също допринасят за разстройствата на настроението.

Жените по-често са засегнати от разстройства на настроението с депресия, особено омъжените жени с деца и това се обяснява със социалната изолация и обезличаващата роля на домакия. Следродилната депресия може да бъде предвестник на хронично депресивно заболяване, което изисква адекватни мерки за предотвратяване на хроничността.

Включването на антидепресантите е сериозна стъпка в мениджмънта на разстройствата в настроението, но приемането им изисква професионален мониторинг. През 1970 г. Федералната агенция по лекарствата на базата на изследвания, проведени от Националния институт за психично здраве в САЩ, одобрява *Lithium* за лечението на маниакални епизоди, особено за случаите на биполярни разстройства. Лечението с *Lithium* и антидепресанти изисква наблюдението от медицински специалист. Това лечение помага за намаляването на инвалидността, причинена от разстройствата на настроението, както и за намаляването на икономическия товар от тези състояния върху обществото, а така също върху пациентите и техните семейства.

Здравните професионалисти в първичната помощ трябва да работят съвместно със специалистите по психично здраве с цел да се улеснят консултациите на пациенти, които не искат да посещават специализирано заведение за психично здраве. Много е важно специалистите в първичната помощ да познават разстройствата на настроението. Така те ще могат да посрещат проблемите на пациента с по-голямо разбиране, търпение, поддържаща терапия и консултации с цел да се избегне социалния срив на пациента. Психотерапевтичните умения са важни за първичната помощ, но изискват подкрепата на специализирани служби. Обществото трябва да разбере широкото разпространение на домашното насилие, свързано с разстройствата на настроението.

Нервни (безпокойства и асоциативни) разстройства. Тази група включва широк диапазон симптоми и степени на тежест, включително паники, фобии, маниакално-натрапчиви състояния, състояния на безпокойство и синдром на посттравматичен стрес. Специфичните фобии включват страх от тълпата, от обществени места, пътуване, социални ситуации, обекти, животни и затворени пространства. Състоянията на паника са дискретни епизоди на огромно безпокойство, започващо внезапно с физически симптоми, които са несъвместими с предполагаемата заплаха от специфична ситуация или събитие. Маниакално-натрапчивите състояния са повтарящи се, неприятни мании, причиняващи страдание или разстройство на нормалното функциониране. Те включват натрапчиво поведение като често миене на ръцете, ресане на косата, чистене и броене. Някои пациенти се чувстват по-добре с новата генерация медикаменти. Стресовите реакции могат да бъдат остри или да се появяват доста по-късно от състоянието, което ги е провокирало.

ПОСТТРАВМАТИЧНИ СТРЕСОВЕ. Разстройствата, причинени от посттравматичен стрес, проявяващи се с ретроспекция и сънуване на събитието и болезнени спомени се изявяват обикновено около 6 месеца след събитието. Това може да бъде проява на депресия или друго емоционално или поведенческо разстройство. Първоначално посттравматичните стресове се описват във връзка с военния опит във войната във Виетнам. Понастоящем се приема, че те се появяват в резултат на катастрофални събития, като насилие, геноцид, тормоз, бедствия и сексуално насилие. Обществено и професионално разбиране и чувствителност - това трябва да бъде част от отговора на здравната система при подготовка на психологичната подкрепа, като част от планиране на бедствията или в отговор на катастрофални събития като урагани, земетресения, тероризъм (например Оклахома Сити, 1995) или масови убийства от умопобъркани индивиди (например Шотландия и Австралия, 1996).

АСОЦИАТИВНИ (КОНВЕРСИВНИ) РАЗСТРОЙСТВА. Това са амнезия, ступор или състояния на транс, за които няма физическа причина, но които се свързват с появата

на специфично събитие. Проявяват се с измислянето на множество физически симптоми, които не могат да се обяснят с видими физически нарушения и отказ да се приемат лекарски съвети. Симптомите са различни, но обикновено включват стомашно-чревни, сърдечни, кожни, пикочно-полови или други симптоми на болка.

Синдроми на поведението с физиологични нарушения. Синдромите на поведението включват нарушения на храненето, анорексия (доброволно гладуване) и булимия (насилствено повръщане или прочистване), злоупотреба с вещества, към които не се привиква (например витамини, антиациди), нарушения на съня, сомнамбулизъм, нощни кошмари. Синдромите на сексуално смущение включват загуба на сексуално желание или удоволствие, сексуално отвращение, липса на сексуален отговор (както при мъжете, така и при жените), смущения в оргазма, преждевременна еякулация и болезнен полов акт.

Превенцията изисква обществени дискусии, особено в медиите и разбиране от страна на семейството и изпълнителите на здравни грижи по отношение на проблемите на психологическата нагласа на юношите и различните стресови ситуации в живота. Потенциалът за преминаване от нормални безпокойства към сериозни, даже заплашващи живота разстройства, като булимия и анорексия, са особено важни в грижите за подрастващите. Социалните норми, като реклама на изключително слаби модели, засилват тези състояния. Мъжете на средна възраст, които могат да бъдат в състояние на стрес, дължащ се на несигурност в работата или загуба на статуса, могат да получат нарушения на съня или сексуални смущения и са в много висок риск за физическо заболяване като например сърдечно-съдови заболявания. Безработицата, загубата на брачен партньор или финансовите сътресения могат да отключат допълнителни физиологични и физически реакции, които могат да бъдат животозастрашаващи. Службите за първична здравна помощ трябва да бъдат ориентирани така, че да могат да откриват и да се справят с потенциално сериозните синдроми на поведението в уязвимите групи и да осигуряват непрекъсната подкрепа и възможност за осигуряване на специализирана помощ.

Личностна деградация. Личностната деградация включва отклонения във възприемането и интерпретациите на хора и събития, собствения имидж и афект (т.е. настроение или чувствителност). Тя се свързва с трудност при контролирането на импулсивността, задоволяването на нуждите и начина на взаимодействие с хора и ситуации. Симптомите са упорити, постоянни и причиняват страдания, които не могат да се обяснят с други психични нарушения. Нарушенията на личността варират от параноични (изключителна подозрителност) до шизоидни (т.е. емоционално изключване, потиснатост, неконтактност, самотен живот с фантазии и интроспекции). Нарушението на емоционалната стабилност на личността включва импулсивно поведение на гняв и насилие и трудно подтискане на действия, които не предлагат моментална реакция.

Нарушенията при така наречените гранични личности включват импулсивни качества с нарушена представа за собствената личност, емоционални кризи, заплахи или действия на самонараняване и хронични усещания за празнота. Здравната система играе роля в разпознаването и подкрепата на тази група разстройства, както се прави за всички останали важни физически заболявания; последиците от такива състояния могат да бъдат сериозни за индивида, семейството и обществото. Ранното откриване може да помогне за започването на професионални грижи и подкрепа на тези хора в кри-

тичните периоди. От значение е професионалната помощ за засегнатите семейства от страна на подкрепящи групи.

Нарушения на психическото развитие. Нарушенията на психическото развитие включват някои нива на дефекти на говора, езика, категоризирането на звука, визуалните възприятия и контрола на движенията. Те включват детски аутизъм, т.е. аномална социална комуникация, привързване и игра, появяващи се преди навършването на 3 годишна възраст с липса на спонтанност, социална и емоционална взаимност и невъзможност за развитие в съответствие с приетите за възрастта психични норми. Ранното откриване и изпращането при специалист за адекватна помощ изисква разбирането и сътрудничеството между образователната и здравната системи.

Поведенчески и емоционални разстройства при децата и подрастващите. Хиперкинетичните разстройства включват невнимание (невъзможност за съсредоточаване), свръхактивност и импулсивност. Те включват различни нарушения на вниманието като невъзможност за съсредоточаване (липса на внимание) и хиперактивност. Разстройствата на поведението се характеризират с агресивност, повтаряща се избухливост, лъжи, кражби, използване на оръжия и друго неприемливо поведение.

По предварителни данни около 10-12 % от децата и подрастващите страдат от психични нарушения, включително аутизъм, хиперактивност, депресия, забавено развитие, разстройство на поведението и емоционални нарушения. Голям процент от децата и подрастващите, които имат психични нарушения не получават подходяща терапия.

Самоубийството е най-сериозният изход от психичните нарушения между подрастващите с 4 660 самоубийства между населението на възраст от 5-24 години в САЩ при 30 903 извършени самоубийства от всички възрастови групи през 1996 г. (*Health, United States, 1998*). Училището и изпълнителите на здравни грижи трябва да се отнасят с подходящото внимание към потенциалните самоубийци сред юношите. Осигуряването на лесно достъпни грижи и специалисти, както и подкрепа за семейството са нужни в критичните моменти от историята на появата на смущението или заболяването, което би могло доведе до емоционален срив или самоубийство.

ЦЕЛИ НА ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ ЗА 2000 ГОДИНА

За 2000 година Европейският регион на СЗО е дефинирал серия от цели на психичното здраве. Те са насочени към подобряването на традиционните услуги в областта на психичното здраве, намаляването на патологичното и деструктивно поведение, промоцията на социалното благополучие и намаляването на заболяемостта от психични разстройства. Това означава още подобряване на качеството на живота на хората с подобни проблеми, както и ограничаване нарастващата тенденция на извършвани самоубийства и опити за самоубийство. Други цели са както следва: подобряване на социалните фактори (т.е. безработица и социална изолация), които затормозяват индивида; подобряване на достъпа до мерки, които помагат на хората и им дават възможност да преодоляват тежки или стресови събития и условия; подобряване на достъпа до поддържащи грижи, както формални, така и неформални, за хора с психични разстройства, особено с деменция; развиване на подходящи здравни услуги за психично болни на обществено ниво с по-голяма ангажираност на първичната помощ; специални усилия за предпазване от нарушаващи здравето поведения като злоупотре-

ба с вещества; програми за превенция на самоубийствата (СЗО, Програма за психично здраве, 1998).

В САЩ целите на психичното здраве са свързани с осъзнаването на необходимостта от здравни услуги за психично болните и намаляването на риска в специфичните целеви групи от населението, като млади хора в риск за извършване на самоубийство, убийство или други форми на насилие. Целите на психичното здраве в САЩ включват:

1. Подобряване на достъпа до поддържащо обслужване;
2. Повишаване на процента на медицинските специалисти от първичната здравна помощ, които освен с медицински, могат да се занимават и с психологичните проблеми на повече от 60 % от пациентите;
3. Увеличаване дела на юношите над 15 годишна възраст, които познават агенциите за помощ при стресови ситуации до >50 %;
4. Намаляване дела на самоубийствата във възрастовата група 15-24 години до <11 на 100 000;
5. Намаляване на нараняванията и смъртността в резултат на малтретирането на деца с над 25 %.

ПОЛЕМИКА ОТНОСНО ПОЛИТИКИТЕ НА ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ

През 60-те год. на XX-ти век в САЩ, Канада и Великобритания започва обезлюдяване на психичните болници и намаляване на традиционните психиатрични болници. В Канада се намаляват психиатричните легла с 32 000, като в същото време ги увеличава в многопрофилните болници. Отделенията в многопрофилните болници започват да лекуват леки психични нарушения, като лека депресия, но ресурси не се влагат в необходимите обществени програми, в услуга на по-сериозно засегнатите пациенти.

Неадекватното проследяване в обществото увеличава риска на бивш психиатричен пациент за изостряне на симптомите, униние, отчуждаване и самоубийство. Обществените програми за психично здраве трябва да включват управление на случаите, рехабилитация, програми за подслоняване и други поддържащи услуги. Това изисква добре организирани системи, чрез които да се избегнат лошата координация, загубата на пациенти от програмите за проследяване, липсата на отговорност, неефективното управление на случаите, високия дял на повторно хоспитализиране и неадекватните връзки между болницата и обществените системи за здравни грижи.

Анализът на програмите за психично здраве през последните няколко десетилетия повдига различни въпроси, включително за гражданските права на психично болните, деструктивните ефекти на продължителното пребиваване в специализирани институции, наличието на знания от областта на неврологията и нови начини на лечение. Те позволяват лечение в обществото, а така също и високата цена на лечение в специализираните институции. Търсенето на медицинска практика, основаваща се на факти, системите за управлявани грижи и заплащането *per capita* за психичните здравни грижи са част от непрекъснатите дебати в политиката на психичното здраве.

ОБЩЕСТВЕНО ОРИЕНТИРАНО ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

Постиженията в лекарствената терапия, заедно с признаването на негативните ефекти от продължителното лечение в специализирани институции и ниският дял на излекуваните в големите психиатрични болници, налагат развитието на програми за

обществено-ориентирано психично здраве (СОМН). През 60-те год. на XX-ти век този модел на извършване на обществени услуги за психично здраве приема формата на обществени центрове за психично здраве. Напоследък се увеличава тенденцията за по-широко участие на медицинските специалисти от първичната здравна помощ в психичните здравни грижи.

ПАНЕЛ 7.3

ОБЩЕСТВЕНА ПОЛИТИКА ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

1. Целеви групи, включително задължение за възможно най-голям обем грижи за по-тежко засегнатите в обществото;
2. Психиатрични отделения в многопрофилните болници свързани с общинските звена за подкрепа и помощ, включително легла за 48-часово наблюдение, дневен стационар, интервенции при кризи, услуги при кратковременно излизане от специализирано заведение и отделения за детоксикация;
3. Психиатрични болници за основните психични и поведенчески нарушения (например деменция, мозъчно увреждане, параноя и тежка регресивна шизофрения); тъй като броят на такива легла продължава да се намалява, необходимо е да се осигурят добре финансирани и координирани общински услуги;
4. Непрекъснатостта на грижите е важна за осигуряването на подходящи грижи за хроничните случаи на психично болни, които се нуждаят от индивидуални грижи, оценка на нуждите, планиране и мониторинг;
5. Внимание за съпътстващи заболявания, например злоупотреба с медикаменти с подчертана психопатология;
6. Интегриране на услугите за психично здраве с връзка към първичната или друг вид медицинска помощ;
7. Специализирани групи помагат за дефинирането на нуждите на психично болните индивидуално и в семейства, групи за взаимна помощ, разпределение на доходите, преквалифициране и намиране на работа, подходящо жилищно настаняване и социална помощ;
8. Заменяне на зависимостта с програми за промоция на независимост;
9. Психиатричната епидемиология осигурява по-добри факти за честотата на психичните заболявания и може да сравнява разходите и ползите от различните методи на лечението им;
10. Ориентирането към обществото включва достъпни програми, подпомагащи жилищното настаняване, услуги в дома, услуги в помощ на пациента и семейството му, насочени към културните и организационните нужди на малцинствата и други групи със специални нужди;
11. Управление на случаи с помощта на мултидисциплинарни здравни екипи със специалисти и възможност за хоспитализация;
12. Продължителен престой в обществени групови резиденции с терапевтични услуги: дневен стационар, отделения, предлагащи домашни условия.

Източник: WHO, Mental Health Program, 1999, website

Психичните здравни грижи трябва да бъдат интегрална част от другите здравни и социални услуги в обществото. Пациентите могат да търсят помощ във всяка една от сферите на здравното обслужване, а подходящите грижи за пациента изискват интервенцията на много услуги. Това налага развитието на междусекторно сътрудничество в здравните услуги и обучение на персонала, включващо елементи на обществените нужди и услуги за психично здраве.

Ориентираните към обществото психични здравни грижи е планов подход, осигуряващ връзките между първичната здравна помощ с болниците и продължителните услуги, като включва услугите за социална помощ, рехабилитация и превенция. За да могат да осигурят на индивидите и обществото подходящо ниво на нужните грижи в определена точка или определен стадий на заболяване, тези услуги трябва да се развиват и функционират като мрежа.

Развитието на програми за обществено-ориентирано психично здраве може да изисква различни подходи в големите градове в сравнение с малко градче или селски район. Услугите трябва да бъдат съобразени с населеното място и да бъдат подходящи по обхват, за да могат да помагат както на пациенти с остра нужда, така и на пациенти, които се нуждаят от продължителни помощни услуги, за предпочитане в обществото. Кризи под формата на срив на пациент или на семейство могат да изискват краткосрочна хоспитализация в общинско болнично заведение като неделима част от услугите.

Общественото психично здраве включва специалистите от първичната здравна помощ, които желаят и могат да разпознаят и управляват психични здравни проблеми. Необходими са още и услугите на психиатри, психолози, социални работници и евентуално парапрофесионални обществени работници, обучени за обгрижване на психично болни, особено в малцинствени или други групи със специални нужди. Това налага активно обучение и организация за свързването на традиционните услуги на психичното здраве с първичната здравна помощ. Лекарите от първичната здравна помощ, както и другия здравен персонал трябва да бъдат ориентирани и обучени за различни състояния на психични нарушения, като симптомите за разстройства на настроението и безпокойството. Първичната здравна помощ и програмите за управлявани грижи трябва да оценяват нуждите на рисковите групи като жени в менопауза и хора преди пенсиониране, а така също и необходимите особености на грижите, които не могат да бъдат осигурени само от услугите в областта на психичното здраве. В същото време, традиционната превенция и лечение не могат да функционират без подкрепата на услугите на психичното здраве. Те зависят една от друга. Създаването на обществено ориентирана мрежа за психично здраве може да изисква търсенето на нови начини за съвместна работа на мултидисциплинарни екипи, работещи координирано в една и съща или близки институции.

ПРЕВЕНЦИЯ И ЗДРАВНА ПРОМОЦИЯ

Превенцията изисква работа с рискови групи и групи с общи проблеми в случаите, когато групата за взаимна помощ или подкрепящата група се счита за най-ефективната форма на терапия. Това обхваща широк диапазон от ресурси, които отчитат, че социалното, физическото и психичното здраве са взаимно свързани. Идентифицирането на индивидите в риск (например готови за самоубийство и насилие), изисква високи нива на професионализъм от страна на учители, лекари, полицаи, социални работници, военен персонал, работодатели и останалото население. Групите за подпомагане

имат различна форма, включително Анонимни алкохолици или други подобни групи, *Al-Anon* за членове на семействата на алкохолици, програми за рехабилитация на наркомани, групи на индивиди с наднормено тегло, Анонимни шизофреници, Националната асоциация на психично болните (*NAMI*), представяща семействата на психично болните, групи на опечалените (скърбящи за изгубен близък човек).

Програмите за превенция имат за цел да намаляват възможността за преминаването на психичните разстройства в по-тежки форми с по-сериозни функционални нарушения. Социалните фактори са много важни за психичното здраве. Превенцията в психичното здраве включва много аспекти на грижите за пациента на първично, вторично и третично ниво. Промоцията на здравето в областта на психичното здраве включва запознаване на обществото със здравословния начин на живот, включващ труд, почивка, рекреация и социализация, а така също и с опасностите от злоупотреба с вещества. Специфични програми за труд и социализация трябва да се разработват както за младите, така и за старите хора. Вторичната превенция включва ранно откриване на заболяването, а третичната превенция изисква управлението на продължителни психични заболявания чрез адекватни поддържащи системи в обществото.

Първичната превенция включва избягване на недостига на хранителни добавки (например йод, желязо и витамини), намаляване на замърсяването на околната среда (например олово), намаляване на социалните и образователни лишения (например обучение и рекреация за младежите в квартали с висока престъпност и употреба на наркотици), промоция на програми за обогатяване на бебешки и детски храни с витамини, калций и др., промоция на системи за подпомагане на семейството (например за семейства с един родител), осигуряване на професионална квалификация и възможност за намиране на работа (например за майки в юношеска възраст), осигуряване на социална помощ за възрастни и инвалиди (например социално осигуряване), помощ при семейно и социално насилие (например домашно, анти-женско и училищно насилие) и увеличаване на общественото и професионалното разбиране и сътрудничество (например просвета и здравни системи).

Вторичната превенция изисква интервенция при кризи от обучени професионалисти/парапрофесионалисти на ниво първична здравна помощ, социални придобивки и помощ за жертвите на насилие (например подслон), ранна диагноза на психични разстройства, включително скрининг, ранно изпращане при специалист за адекватни грижи от органите на полицията, съда, училищата, болниците, военните сили и работодателите, ефективно лечение и проследяване, което включва достъп до парапрофесионалисти, екипи и средства на програмите за обществено-ориентирано психично здраве, достъп до интервенционни услуги по време на кризи на обществено място, използване на болниците за детоксикация и овладяване на кризи, определяне на целите на лечението и качеството на грижите и осигуряването на непрекъснатост на проследяването.

Третичната превенция изисква поддържане на контакт с пациентите с цел контролиране на лечението, настроението, функциите, семейството и социалните връзки; осигуряването на подкрепа, изпращането при специалист, помощ; осигуряване на непрекъснатост на лечението и проследяването; улесняване на контактите на клиента с мрежите за социална помощ; защита/рехабилитация на пациента, семейството и обществото от ефектите на нарушението (например пристрастяването към наркотици); осигуряване на подкрепящи групи и структурна рехабилитация; финансиране на обществени резиденции и пансиони за току що освободени (от специализирано заве-

дение, затвор и др.), промоция на независимостта; професионална подготовка и обучение на изпълнителите на здравни грижи, клиентите, семействата им и обществото.

Изследванията в областта на психичното здраве са насочени към управлението на клинични психиатрични състояния и подходите, чрез които обществото може и трябва да приеме, че психичните заболявания са реални и лечими състояния. Психотерапевтичните лекарства и психотерапиите са ефективни и помагат на хората с психични болести, като коригират анормалното функциониране на мозъка. Нужни са допълнителни изследвания, за да може по-добре да се определи връзката между мозъка и поведението. Новото знание ще помогне да се изясни ролята на генетичните фактори и факторите на околната среда във формирането на мозъчните и поведенческите функции. Големите успехи, регистрирани от неврологията и генетиката помагат на биомедицинските изследователи да изучават нормалното и патологичното функциониране на мозъка и да създават нови методи за лечение на психичните разстройства. Това ще донесе надежда за страдащите от психични заболявания милиони хора по света и техните семейства.

ПСИХИЧЕН НЕДЪГ

СЗО дефинира психичната инвалидност като персонален недъг поради неспособността за учене. По света, както научните изследвания, така и практиката на здравните услуги, използват различна терминология. Ето защо е много важно правилно да се дефинира терминът психичен недъг, включващ основните концепции за интелектуално изоставане, неспособност за учене и забавяне на умственото развитие (олигофрения):

1. **Интелектуално изоставане:** ниски нива на интелигентност, измерени чрез тестове на развитието (*IQ*). Диапазоните на изоставане според МКБ-10 са представени в Таблица 7.3.
2. **Неспособност за учене или дисфункция:** специфичните нарушения на ученето, като дислексии, не са свързани с умствените способности и изискват оценката на специалист и помощ при обучението.
3. **Забавяне на умственото развитие:** То се определя от неспособността за социална адаптация, която се свързва с възприемането и приспособяването на недъгавите от обществото.

Терминът психичен недъг включва широк диапазон причини и свързаните с тях състояния. Могат да се споменат органични неврологични увреждания, наследствена обремененост и неспособност за развитие и обучение. Други фактори, които обикновено оказват влияние върху социалната адаптация на хората с психични недъзи са структурата и ориентацията на услугите, професионалното отношение и обучение, социалните и културните перспективи, структурата на семейството и роднините, както и законодателството по отношение на здраве, благополучие, образование и работа.

Много състояния, които прерастват в психичен недъг могат да бъдат преодолені. Превенцията може да се категоризира в три области:

1. **Превантивни процеси преди забременяване** - включват програми за здравна просвета с цел намаляване на честотата на раждания с наследствена обремененост в определени семейства. Това включва имунизация срещу рубеола, подходящо хранене, спиране на пушенето преди забременяване и генетичен скрининг, предбрачни консултации и скрининг на населението. Други превантивни мерки, насочени към процесите

преди забременяване включват намаляване на опасните фактори в околната среда, като наркотици, химикали, радиоактивно облъчване и предпазване от рубеола.

ТАБЛИЦА 7.3

Международна класификация на болестите (МКБ-10). Диагностични категории за психични нарушения и разстройства в поведението

Диагностична категория	Код по МКБ-10	Клинична характеристика
Органични, симптоматични, психични разстройства	F00-09	Психично нарушение дължащо се на увреждане на мозъка, интоксикация или травма (например съдова деменция на Алцхаймер)
Психични и поведенчески отклонения дължащи се на употребата на психоактивни вещества	F1-19	Използване на алкохол, опиати, успокоителни, канабис, кокаин, халюциногенни вещества и бързо изпаряващи се (летливи) вещества, многократно приемане на наркотици и други психоактивни вещества
Шизофрения, шизотипни нарушения и халюцинации	F20-29	Психотични разстройства с халюцинации и шизофрения
Разстройства на настроението (афекти)	F30-39	Мании, биполярни и депресивни разстройства
Невротични, свързани със стрес и соматични разстройства	F40-49	Фобии, безпокойства, маниакално-компулсивни разстройства, реакции на стрес, дисасоциативност, соматоформа и други разстройства
Синдроми на поведението, свързани с психологически смущения и физически фактори	F50-50	Смущения на храненето, съня, сексуалното поведение и други
Личностна деградация на възрастните и поведението им	F60-69	Различни специфични синдроми на личностна деградация, включително нарушения на навиците и импулсивност, полови смущения, смущения с сексуалните наклонности (педофилия, воайорство и др.)
Умствено изоставане	F70-79	Леко, средно, тежко и изключително тежко
Нарушения на психическото развитие	F80-89	Смущения в говора и езика, схоластични, моторни и нарушения на развитието
Поведенчески и емоционални смущения, дължащи се обикновено на събития в детството или юношеството	F90-98	Хиперкинетично поведение, емоционални разстройства, нарушаване на способността за социализация
Неспецифицирани психични разстройства	F99	

2. **Превантивни процеси по време на бременност и раждане** - включват мерки, насочени към правилното хранене на бременните жени, включително приемането на добавки от фолиева киселина, желязо и йод преди и по време на бременността; минимизиране на риска за плода чрез прекратяване на тютюнопушенето и спиране приемането на алкохол и наркотици по време на бременността; скрининг за откриване

на аномалии у плода, свързани с умствена изостаналост; добри пренатални и акушерски грижи, чрез които да се предотврати увреждането на плода, аноксия (кислородна недостатъчност) и травми при раждането; добри неонатални грижи с цел да се избегне аноксия и недостиг на витамин К (водещ до интракраниални кръвоизливи); мониторинг на плода при раждане.

3. Превантивни процеси след раждане - включват ваксиниране срещу заразни болести, които могат да причинят увреждане на мозъка; скрининг за фенилкетонурия, хипотиреоидизъм и други метаболитни нарушения; следват добри грижи за кърмачето, съчетани с правилно хранене, осигуряващи подходящо емоционално и психомоторно развитие; стратегии за намаляване на инцидентите и последиците от тях.

Познаването на правилното хранене и рисковите фактори по време на бременност и развитието на технологиите осигуряват вътреутробно откриване на аномални състояния на плода, лечение на открити у плода аномални състояния и идентифициране на генетичния риск. По този начин може да се намали честотата на раждания на деца с умствена изостаналост. Раждането на деца със синдром на Даун може да се намали чрез семейно планиране и намаляване на възрастта на бременните, чрез прилагане на наличните методи на скрининг (например амниоцентеза). Случаите на синдром на Даун могат да достигнат по-високи нива на обучение и социална адаптация отколкото това е било възможно преди десет години.

Адаптирането на хората с психични недъзи към живот и функциониране в обществото е част от рехабилитацията. Политическото, обществено и семейно приемане и подкрепа е изключително важно за създаването на обществено приемливи норми за живот и работа на тази група от населението. Общественото здравеопазване може да се насочи към проблеми, свързани с адаптацията на тези хора в обществото, извън специализираните институции. Това изисква помощта и съответното обучение на работодателите и обществото като цяло, а така също и активна промоция от страна на здравната общност.

СТОМАТОЛОГИЧНО ЗДРАВЕ

Терминът стоматология в някои страни се използва за здраве на зъбите и устата. Произлиза от *stoma*, гръцката дума за уста. Стоматологията е важен елемент от общия здравен статус. Лошото здраве на зъбите може да причини болка и да вреди на храненето. Болестите на зъбите могат да прогресират до загуба на зъби и скъпо струващо лечение, въпреки, че в повечето случаи това може да се избегне. В отделни случаи болестите на зъбите могат да причинят остеомиелит, възпаление на мозъка, системна инфекция и смърт. Общественото здравеопазване играе ключова роля в стоматологичното здраве, тъй като притежава важни превантивни методи. Това са здравна просвета за хигиената на устата и зъбите, добавяне на флуор във водата за обществено използване, както и наличието на стандарти за качеството в стоматологичната професия.

Древните общества са имали проблеми със зъбите и са търсели обяснения и лечение на базата на практически експерименти с обяснението, че "нематодите" растат в зъбите. Египетските мумии показват следи от лечение на зъбите. Хипократ и по-късно Авицена обсъждат хигиената за предпазване от болести на зъбите. През 1672 г. руските военни лекари са били обучавани за лечение на зъбите на войниците. Зъбolenението е било част от общата медицинска практика, но в средата на XVII-ти век се отделя като

самостоятелна област. Пиер Фошар, френски хирург (1678-1761 г.) описва 130 болести на устата и зъбите и се счита за баща на съвременната стоматология.

През 1736 г. за пръв път са използвани изкуствени златни коронки. Сребърна амалгама се използва за първи път за направата на зъбни пломби през 1819 г. През 1844 г. Хорас Уелс въвежда азотен окис за зъбна анестезия, която заедно с етера започва да се прилага и в общата хирургия. Специален цимент за зъбни пломби се разработва през 1855 г. Зъбната бор-машина е изобретена през 1870 г. Четири години по-късно е установено, че флуорът предпазва зъбите от увреждане. През 1942 г. американската Канцелария за стоматологично здраве извършва проучвания в 13 населени места. Резултатите от тези проучвания показват връзката между използването на флуор и намаляването на кариесите, като по-високите количества флуор причиняват флуороза (хронична интоксикация с флуор). През 1946 г. е проведено проучване в Гранд Рапидс, Мичиган, Кингстън, Ню Йорк и Вашингтон, Онтарио, при което флуор е добавен в мрежата на общественото водоснабдяване. Получените резултати са сравнени с места, в които флуор не е използван. Резултатите от това проучване показват, че флуорираната питейна вода е намалила кариесите с 48 до 78%. Към 1999 г. 144 милиона американци използват флуорирана питейна вода, като нивата на флуор във водата са оптимални (0,7-1,2 части на милион).

В развиващите се страни с повишаването на жизнения стандарт, увеличената консумация на сладкиши и бонбони причинява увреждане на зъбите у децата. Лошият навик да се използва захар, разтворена във водата и чая като средство за успокояване на бебето се среща често в някои части на света. Обучението на родителите за предотвратяването на това трябва да бъде част от здравната промоция.

Основните въпроси в стоматологичното обществено здравеопазване са зъбен кариес, пародонтоза, обратна зъбна захапка и рак на устната кухина. Всички те могат да причинят загуба на зъби, което е сериозна заплаха към общия здравен статус. За намаляване на кариеса и пародонтозата е много важно да се провежда флуориране на питейната вода, обучение по стоматологична хигиена, да се намали употребата на захар от децата, да се провеждат редовни прегледи на зъбите. Храненето на бебетата с подсладена вода или чай и заспиването с биберон в уста могат да причинят сериозни проблеми на зъбите. Грижите за зъбите като измиването им след ядене, използване на конци за почистване и редовни прегледи от стоматолог са основните аспекти на стоматологичното здраве и трябва да бъдат част от възпитанието в училището и в дома.

ФЛУОРИРАНЕ

Флуорирането на обществената водопроводна мрежа намалява броя на кариесите и изваждането на зъби както у децата, така и у възрастните с около 60 %. Флуорът се среща естествено в повечето водоизточници. Ако се регулира до ниво 1 част на милион, той предпазва зъбите от кариес. Това е една от най-ефективните съществуващи интервенции на общественото здравеопазване. Флуорирането трябва да е контролирана процедура, тъй като наднорменото флуориране на питейната вода може да причини флуороза, която от своя страна води до потъмняване и по-лесна чупливост на зъбите. Ето защо, добрата практика на общественото здравеопазване трябва да обезпечи адекватни нива на флуор във водата, достатъчни за да се намаляват зъбните кариеси, но не и по-високи, които могат да причинят флуороза.

Други методи за добавяне на флуор е чрез таблетки, вода за изплакване на зъбите, паста за зъби, или обогатени с флуор сол или мляко. Флуорните таблетки са полезни за здравето на децата в райони без адекватно флуорирана вода, но все пак най-ефективното и евтино средство остава флуорирането на питейната вода. Цената на флуорирането на водата зависи от размера на обслужваната популация, като в САЩ тя варира от 12 до 21 цента на човек за година в райони с над 200 000 души население и от 60 цента до \$ 5,41 за по-слабо населените райони.

Флуорирането е обект на политически и емоционални дебати в много райони. Това е и причината, поради която подобни здравни мерки не се прилагат повсеместно. С течение на времето тази мярка става все по-широко разпространена. Флуориране се извършва в почти всички основни градове в САЩ. Шестдесет процента от американското население използва флуорирани водоизточници. Между здравните цели на САЩ за 2000 година е 75 % от населението да получава оптимално флуорирана вода (спрямо 62 % през 1989 г.). До началото на 90-те год. на XX-ти век повече от 20 щата са постигнали тази цел. Втората цел е 50 % от децата в училищна възраст, живеещи в райони без флуорирана вода да получават оптимално количество флуорирана вода в училищата. Последната цел е 65 % от децата в училищна възраст да бъдат приучвани да спазват подходяща хигиена на устата и зъбите и при нужда да получават допълнителни превантивни стоматологични услуги.

През последните няколко десетилетия се наблюдава намаляване на зъбния кариес в страните, в които флуорирането на водата е широко разпространено. Около 210 млн. души по света консумират питейна вода с оптимални нива на флуор. Здравната просвета, таблетките с флуор или водата за изплакване на зъби в райони, в които питейната вода не е флуорирана, както и достъпът до стоматологични услуги, са също важна част от общественото здравеопазване. Напоследък актуалното използване на флуор и специалното профилактично покритие на зъбите, разработено през 70-те год. на XX-ти век с цел намаляване на възможността за развиване на кариогенни организми в дупките и пукнатините на зъбите се оказват много ефективни.

ПАРОДОНТОЗА

Заболяването на тъканите от устната кухина, които крепят зъбите се определя като пародонтоза. Придружаващото възпаление на венците или гингивалната тъкан се разпростира до периодонталната връзка и причинява увреждане на крепящата кост. Ако не се вземат незабавни мерки, зъбите се разклащат и трябва да се вадят. Основен фактор в развитието на пародонтозата е лошата хигиена на устата, особено образуването и натрупването на зъбен камък. Превенцията на това заболяване включва такива мерки като редовно измиване на зъбите и почистването им с конец, а така също и използването на специални води за предпазване от зъбен камък.

ГРИЖИ ЗА ЗЪБИТЕ

Разходите за стоматологични услуги в САЩ са се увеличили от \$ 2 милиарда през 1960 г. до \$ 13,3 милиарда през 1980 г. и до \$ 47,6 милиарда през 1996 г. Въпреки това, като процент от общите национални разходи за здравеопазване, разходите за стоматологични услуги са намалели от 7,3 % през 1960 г. до 5,4 % през 1980 г. и 4,6 % през 1996 г. С рязкото намаляване на зъбния кариес у децата в индустриалните страни след 1960 г., се наблюдава тенденция на увеличаване прилагането на скъпоструващи стома-

тологични процедури. В същото време се извършва оценка на броя на необходимите стоматолози, тъй като през 60-те год. на XX-ти век се наблюдава едно непрекъснато увеличаване на размера и броя на стоматологичните училища в западните страни. Стоматологичните грижи са скъпи и наличието на повече от необходимия брой стоматолози не означава, че конкуренцията ще понижи цените за тези грижи.

Подготовката на стоматолози зависи от нуждите от стоматологични услуги като между 1985 г. и 1996 г. броят на стоматологичните факултети в САЩ намалява от 60 до 53, а броят на завършващите от 5 400 през 1985 г. в периода 1993-1996 г. намалява до 3 700-3 800 души годишно.

Посещенията при зъболекар за профилактичен преглед, почистване или възстановяване на зъбите в много страни се ограничават от икономическите фактори и недостига на персонал. В САЩ годишните посещения при зъболекар на хора над 25 годишна възраст са се увеличили от 54 % през 1963 г. до 61 % през 1993 г., като това зависи от възрастовата група, образованието, нивото на бедност и пола (жените посещават зъболекар по-често от мъжете). Заболявания, свързани със зъбите са причинили около 6,4 милиона дни временна нетрудоспособност, 14,3 милиона дни с ограничена трудоспособност и общо 20,9 милиона дни на откъсване от работа през 1988 г. В много страни с универсални здравни планове, стоматологичните услуги не се покриват от здравната осигуровка, тъй като са много скъпи.

Програмите за стоматологично здраве в училищата и чрез обществените организации трябва да включват просвета, програми за използване на флуорирана вода за изплакване на зъбите в области, в които водата не е адекватно флуорирана, редовни профилактични прегледи и съответните грижи от зъболекар. Използването на специално профилактично покритие за зъбите на децата веднага след поникването на първите кътници (възраст 6-8 години) и вторите кътници (възраст 12-14 години) е безопасно и високоефективно средство за предпазване от кариес и трябва да се използва особено в области, където водата не е флуорирана.

В страни, в които стоматологичната помощ е част от националната здравна програма, като Великобритания, приоритет на профилактиката чрез флуориране на водата в обществената водна мрежа и училищните програми за измиване на зъбите с флуорирана вода, плюс използването на специално профилактично покритие на зъбите на децата, би могло да намали нуждата от стоматологична помощ и ще позволи намаляването на броя на стоматолозите и разходите за стоматологична помощ.

В Нова Зеландия и някои части на Канада успешно се използват стоматологичните сестри, които провеждат лечение, устна хигиена и обучение в училищно базирани програми, като по този начин доближават стоматологичните грижи по-близо до децата, които не могат да си ги позволят чрез частната стоматологична помощ.

РАК НА УСТАТА

Контролът на рака на устата се извършва преди всичко чрез ранно откриване, а така също и чрез обучаването на стоматолозите и други медицински професионалисти относно епидемиологията и симптоматиката на това заболяване. Трябва да се прави биопсия на всички подозрителни лезии, особено при рискови пациенти, като мъже над 40-годишна възраст, които са пушачи и/или употребяват алкохол в големи количества. Най-важна е здравната промоция, насочена преди всичко към елиминиране на рисковите фактори, каквито са тютюнопушенето (особено лула и пури), злоупотребата с алкохол, дъвченето на тютюн и лошата хигиена на устата.

ФИЗИЧЕСКА ИНВАЛИДНОСТ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ

Много хора с недъзи се нуждаят от продължителни здравни грижи. Тези нужди могат само частично да се извършват в болнична обстановка; по-голямата част от грижите се извършват извън специализираните институции от семействата. Професионалните изпълнители на здравни грижи, като физиотерапевти, специалисти по трудова и говорна терапия, както и лекарският и сестрински персонал трябва да бъдат част от тези грижи. Осигуряването на високо качествени рехабилитационни услуги в обществото трябва да включва следното:

1. Провеждане на цялостна оценка на хората с недъзи и подходящите поддържащи системи;
2. Създаване на ясен план на грижите;
3. Осигуряване на средства и заведения за изпълнението на този план.

Изключително големият брой на различните инвалидни състояния прави тази област обширна и сложна. В повечето страни услугите и законодателството за инвалидите са се развивали постепенно, често в резултат на лобирането от социални реформатори. В последните години това лобиране се извършва чрез организирани групи от самите инвалиди.

"Декларацията за правата на инвалидите" на ООН от 1975 г., Международната година на инвалидите на СЗО (1981 г.) и Десетилетието на инвалидите 1983-1992 г. на ООН, проследяват законодателството и програмите за инвалиди в страните-членки на Европейския регион на СЗО, поставяйки началото на прогреса в тази област.

СЗО изчислява, че по света има около 450 милиона инвалиди или около 10 % от населението на всяка една страна. Това в общия случай се равнява на броя на населението на 65 годишна възраст приблизително колкото е населението на възраст 0-4 години в развитите страни. Старите хора и децата под 5 годишна възраст получават по-голямо внимание при оказването на здравни услуги и социални програми. Независимо от постигнатия прогрес, инвалидите все още не са достигнали нивото на социална помощ, което имат горните две групи. СЗО е започнала промоция на политическото и професионално разбиране на кръга от проблеми и незадоволени нужди в тази област, като ударението е върху превенцията и рехабилитацията.

Принципите, общи за много от Европейските страни, включват широко приетото признаване, че превенцията от инвалидност е един от най-важните елементи на всеобхватния подход, включващ класическите дефиниции на общественото здравеопазване: първична превенция (т.е. недопускане на болест или нараняване), вторична превенция (т.е. ако събитието се случи, да се спрат или да се намалят усложненията, които водят до инвалидност) и третична превенция (т.е. да се възстанови засегнатият човек до максималното възможно физическо, психическо и социално функциониране). Предпазването от недъзи, породени от наранявания при раждане, преждевременно раждане, неспособност за растеж, а така също и от наранявания при катастрофи са между най-важните въпроси, които трябва да се решават.

В много страни са установени подробни закони, дейности и програми за инвалиди, които включват превенция от инвалидност, намаляване на степента на усложненията и физическа, социална и трудова рехабилитация, а така също и помощни или компенсаторни системи. В повечето страни съществуват трудности в координирането на политиките, услугите и помощните системи.

В повечето страни се занимават преди всичко с недъзи, дължащи се на медицински, инцидентни, трудови и професионални заболявания или наранявания: ветераните и гражданското население, жертвите на война, глухите, слепите, хората с умствени недъзи, психично болните и други. В допълнение на медицинските, рехабилитационните и превантивните здравни услуги, националните програми включват компенсиране на доходите, права на засегнатите, нормално и специално обучение, професионално обучение, работа в защитена или нормална среда, жилищно настаняване и физическа среда, комуникации и транспорт, отдых и спорт, групи за взаимна помощ.

Превенция от пътно-транспортни злополуки, трудови злополуки и експозиция на токсични вещества - това е част от националните програми. Някои страни имат ясни цели с измерими норми за смъртност, отразяващи и нараняванията, отразени в многостранни програми. Европейския Регион на СЗО през 1985 г. заявява "Към 2000 година смъртността от инциденти в Европейския регион трябва да бъде намалена с най-малко 25 % чрез интензивни усилия за намаляване на пътните, домашните и трудовите злополуки (СЗО, Европейски регион, 1985).

ПАНЕЛ 7.4

ПРИНЦИПИ НА НАЦИОНАЛНАТА ПРОГРАМА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ЗА ИНВАЛИДИТЕ

1. Политическо задължение на националните, щатските, местните правителства;
2. Многосекторно участие на съответните правителствени агенции, НПО, медии, професионални, юридически, църковни, академични и частни организации и институции;
3. Използване на въздействието на законодателната, регулаторната и морална власт;
4. Изчерпателен и всеобхватен подход;
5. Подход, ориентиран към превенция;
6. Подход, ориентиран към възстановяване на физическото, психическото и социалното функциониране;
7. Промоция на пълното участие и равенство на инвалидите в обществото;
8. Промоция на приемането на инвалидите от обществото;
9. Промоция на обществените, а не на институционалните грижи;
10. Пренасочване на ресурси и средства към услуги и грижи на обществено ниво;
11. Отговорност на местното обслужване;
12. Национална координация, подкрепа и финансиране;
13. Участие на инвалидите във вземането на решения относно техните нужди;
14. Промоция на обучението, осигуряване на работа и жилища, а така също и помощни услуги;
15. Дефинирани юридически, финансови и социални права;
16. Безспорни социални помощи и компенсации.

Великобритания набляга не само на екстензивното законодателство за социална сигурност и системите за подпомагане, но така също и на жизнено важната роля на превенцията. Това варира от обогатяване на основните храни с витамини и минерали, до забрана на тютюнопушенето, превенция от раждане на нискотегловни деца и перинатална заболеваемост и смъртност, контрол на заразните заболявания, здраве и сигурност на работещите, превенция от злополуки, законодателство и компенсации за психично болните и инвалидите. Националната здравна служба е преминала към децентрализирано управление чрез районните здравни системи с национална подкрепа. Организацията на услугите за инвалидите се е развивала в тази насока, като в същото време отразява връщане към принципите на местната администрация от Закона за бедните от времето на Елизабет I.

Датската програма за инвалидите се е развила чрез социалното законодателство през последните 100 години, особено след Акта за публична помощ от 1933 г. За инвалидите са разработени и внедрени голям брой национални закони и програми. Както Великобритания, и Дания винаги се е стремяла към връщане на отговорността за управление на социалните и здравни програми от централното правителство към регионалните и местни правителствени нива, като се запазва подкрепата на националните организации и националното правителство.

Намаляване дела на нискотегловните новородени във Финландия през последните 10 години от 5 % на 4 %, се дължи преди всичко на наблюдението на майките в центровете за майки и деца. Бременните финландки имат средно по 12 пренатални и постнатални визити. Майчинска помощ от \$ 125 се плаща само на онези, които са посетили консултация за бременни преди края на четвъртия месец от бременността.

Франция има забележителна всеобхватна програма, която също подчертава особено голямото значение на превенцията. Например, ударението се поставя върху превенцията на раждане на деца с ниско тегло и свързаната с това заболеваемост, като се изискват ранни пренатални грижи за майката и 20 задължителни прегледа на детето от раждането му до навършване на 6 годишна възраст, като през първата година от живота те трябва да са 9. Скринингът за болести на метаболизма при раждане понастоящем включва и скрининг за таласемия, хемофилия и сърповидно-клетъчна анемия. Голямо внимание се отделя на интегрирането на децата инвалиди в редовни училища и социалната интеграция на възрастните инвалиди. За реализирането на тези цели са разработени системи за финансово подпомагане. Например, за да се кандидатства за получаването на финансова помощ за раждане и гледане на дете във Франция, е задължително да се премине през превантивните грижи на пренаталното и детско здравно обслужване.

Положението на инвалидите в Русия трябва да се разглежда едновременно от Министерството на труда и социалните дейности и Министерството на здравеопазването. Основният въпрос в превенцията от инвалидност се свързва с високия дял на насилие, самоубийства, убийства, отравяния, промишлени и пътно-транспортни произшествия. Освен, че предизвикват висока степен на смъртност, те предизвикват и висока степен на наранявания и инвалидност. Превенцията на раждане на нискотегловни новородени (последните данни са 7 %) и перинатална майчина смъртност и заболеваемост ще помогнат не само за намаляването на детската смъртност в Русия, която понастоящем е двойно по-висока от тази в индустриалните страни, но и на инвалидността.

Здравната цел на САЩ за смъртност от пътно-транспортни злополуки за 1990 г. е 18 на 100 000 души население. Тази цел е постигната, тъй като този дял се намалява

стабилно от своя връх от 27,4 на 100 000 през 1970 г., до 18,8 през 1985 г. и 16,2 на 100 000 през 1996 г. Обратно на това, смъртността от убийства се е увеличила от 5,4 през 1960 г. до 10,7 през 1993 г. и след това е намаляла до 8,5 на 100 000 души през 1996 г. Смъртността, предизвикана от огнестрелни оръжия се е увеличила от 1,8 на 100 000 през 1980 г. до 15,6 през 1993 г., но е спаднала до 12,9 на 100 000 през 1996 г. Мониторингът на нараняванията в САЩ използва различни системи, включително Националният център за здравна статистика, Националната система за статистика на жизненоважни показатели, Националният преглед на болничните амбулаторни медицински грижи, Националният преглед за здравно интервю, Националният преглед на изписване от болница и Центъра за контрол и превенция на заболяванията. Делът на нараняванията в САЩ е значителен (табл. 7.4).

ТАБЛИЦА 7.4

Наранявания, САЩ, 1995

Епизод	Брой
Умрели	147 891
Изписани от болница	2 591 000
Визити в спешни отделения	36 961 000
Докладвани епизоди за нараняване	59 127 000

Източник: Health, United States, 1996-1997

Наблюдава се известен прогрес в разработването на национални програми за превенция, здравни грижи и обслужване на инвалидите. Обмяната на опит между различните страни може да помогне за по-ефективното организиране на здравните и социални услуги както за предпазването от инвалидност, така и за интегрирането на инвалидите в обществото. Прегледът на законовите и обслужващите организации, както и използването на нови медицински, терапевтични и технологични средства са част от този процес.

ЗДРАВНИ НУЖДИ НА СПЕЦИАЛНИ ГРУПИ

Във всяко общество има групи от хора със специални здравни нужди. Всъщност, обществото често се оценява според това как се грижи за местното население, затворниците, бездомните и други. Те може да са встрани от основния поток на обществото като цяло по силата на исторически, етнически, правни или икономически обстоятелства. Те могат да изискват специално внимание по отношение на своето здраве, тъй като те са или по-зависими, уязвими или с по-малки възможности за достъп до традиционните здравни услуги, или просто защото техните нужди са по-големи или по-специализирани от тези на останалото население. Тук новото обществено здравеопазване има ролята на защитник и инициатор, така както прави това и за специалните нужди на цялото население.

ЗДРАВЕ НА ХОМОСЕКСУАЛИСТИ И ЛЕСБИЙКИ

Изчислено е, че около 10 % от населението са хомосексуалисти, лесбийки или бисексуални. Трудно е да се посочат точни стойности; социалният позор от хомосексуал-

ността води до недостатъчно верни данни, а в същото време нерандомизирани проучвания (например сред пациенти в клиники за венерически заболявания) могат да надхвърлят реалната честота. Освен това, сексуалната ориентация не винаги корелира със сексуалното поведение (т.е. 70 % от хомосексуалните мъже посочват, че са имали сексуална връзка с женени мъже, а 45 % от лесбийките посочват, че са имали сексуална връзка с мъже). Независимо от точните цифри, хомосексуалните мъже, лесбийките и бисексуалните представляват значителен дял от населението. В хетерогенните общества, каквото е САЩ, хомосексуалното/лесбийско население отразява разнообразието на цялото население по отношение на етнически, религиозен, социо-икономически статус и география. Ето защо, здравните нужди, произтичащи от хомосексуалното поведение трябва да се адресират в техния подходящ социален контекст.

Специфичните здравни проблеми, свързани с поведението на хомосексуалност включват висока заболяемост от полово предавани болести, гастро-интестинални инфекции, чернодробно-клетъчен и анален рак между мъжете хомосексуалисти, свързан с орално-анални, орално-генитални и рецепторни сексуални връзки. Здравните проблеми на лесбийките включват висока заболяемост от рак на гърдата, рак на яйчниците и на ендометриума, свързан с ниската раждаемост и кърмене и използването на орални контрацептивни средства. Лесбийките по-рядко посещават гинеколог и поради тази причина по-рядко си правят тест на Папаниколау или мамография. Насилието срещу хомосексуалистите е друг сериозен здравен въпрос както за мъжете, така и за лесбийките. Между тях са по-разпространени пушенето, алкохолизмът, злоупотребата с вещества, депресиите, самоубийствата и сърдечно-съдовите болести, което вероятно се дължи на стреса от живота в хомофобно общество.

Между най-значителните и сравнително лесни за решаване здравни проблеми на мъжете хомосексуалисти и лесбийките е липсата на превантивни грижи и ранно лечение, дължащи се на страха от заклеяване от страна на медицинските специалисти. Проучванията показват, че само 10-40 % от лекарите в първичната здравна помощ рутинно снемат сексуалната история на нов възрастен пациент, а само 30% се чувстват удобно с пациент-хомосексуалист. Над 60% от членовете на асоциацията на хомосексуалистите и лесбийките смятат, че хомосексуалисти, които са признали сексуалната си ориентация рискуват да получат по-некачествени и по-малко здравни грижи. Крайният резултат е липсата на скрининг, диагностициране и лечение на сериозни медицински проблеми на хомосексуалистите и лесбийките.

Епидемията от СПИН поставя на преден план сексуалното поведение, особено за хомосексуалните. Въпреки че само 10 % от американските студенти получават адекватно сексуално образование, а по-малко от 5 % от лекарите в първичната здравна помощ изискват от пациентите си информация относно сексуалната им ориентация, вакуумът за получаване на адекватна информация относно високорисковите действия на хомосексуалистите се попълва от организациите на хомосексуалистите и лесбийките. Значителен успех е регистриран (например масовата кампания за използване на презервативи от мъжете-хомосексуалисти през 80-те год. на XX-ти век), но образователните програми са изправени пред огромни препятствия.

Значителен интерес представлява групата на хомосексуалистите мъже и лесбийките в юношеска възраст. Според Американската академия по педиатрия (1993 г.) тези юноши:

са сериозно застрашени от социалното заклеяване и предразсъдъци, ограничените познания за човешката сексуалност, нуждата от потайност, липсата на въз-

можност за открита социализация и ограничената комуникация с моделите за здравословно поведение. Подложени на явно отритване и измъчване в ръцете на членовете на семейството, настойниците, училищните власти и други в обществото, те могат да търсят, но никога да не намерят разбиране и приемане от родители и други. Такова отричане може да доведе до изолиране, бягство, бездомност, домашно насилие, депресия, самоубийство, злоупотреба с вещества и алкохол или загуба на работа. Хетеросексуалността или хомосексуалността могат да се появят включително и чрез въвлечане в проституция (често при избягали от дома си младежи) като средство за преживяване.

Следователно, с новата генерация, както и с предишната, отлъчването от обществото води до такива поведения, които поставят както хомосексуалистите, така и хетеросексуалните в по-висок риск за социална изолация и разпространението на болести, включващи хепатит В и СПИН. Разчупването на този порочен кръг ще изисква концентрирани мултидисциплинарни усилия, в които работещите в общественото здравеопазване, първичната здравна помощ и организациите на хомосексуалистите и лесбийките трябва да играят централна пропагандаторска роля.

ЗДРАВЕ НА КОРЕННИТЕ ЖИТЕЛИ

Както САЩ, така и Канада осигуряват здравни грижи за коренните си жители, като специална категория от населението и тези грижи се обезпечават директно от федерални правителствени агенции. Тези коренни жители често се отделят от общото население в различни училища, правна и здравна системи.

Канадското индианско население през XVI-ти век е било около 222 000 души, но болестите и гладът, съпътстващи европейската имиграция го намаляват на 102 000 през 1867 г. (годината на Канадската конфедерация). Към 1941 г. броят на аборигените е между 100 000 и 122 000, но към 1988 г. той достига 443 884. Забелязва се възстановяване на племенната енергия, последваща разочарованието от опита за абсорбиране в обществото, което е маркирано от трагедии от епидемичен алкохолизъм, насилие, злоупотреба с наркотици, проституция и социален срив.

Индикаторите на здравния статус в канадското коренно население показват високо разпространение на алкохолизъм под формата на разгулно пиене между всички възрастови групи от деца и юноши нагоре. Смъркането на лепило, диабетът, хипертонията и болничният престой са два пъти по-високи от средните за Канада. През последните няколко десетилетия се наблюдава намаляване на смъртността между канадските индианци и инуити (ескимоси), но въпреки това тя остава много по-висока в сравнение със смъртността при останалото население. Проучване на храненето, проведено през 1973 г. и последващите проучвания показват значителни нива на недостиг на микро-хранителни елементи като витамини А и D, желязо и калций и високи нива на желязо-дефицитна анемия и рахит сред канадските индианци и инуити. През 1990 г. относителната смъртност в сравнение с тази на общото население е 5:1 при децата до една година и 1.1:1 за хората над 65 годишна възраст. Основните причини за смъртност са (в намаляващ ред): наранявания и отравяния, заболявания на кръвообращението, неоплазми и заболявания на респираторната система. Честотата на самоубийствата за възрастовата група 15-24 години е 5 до 6 пъти по-висока от тази за канадците от същата възрастова група.

През 1977 г. детската смъртност сред аборигените в Канада е два пъти по-висока от средната за страната, а очакваната продължителност на живот с 8 години по-ниска от националното ниво. Хроничните болести, включително диабет, сърдечно-съдови заболявания, рак и бъбречни заболявания в последен стадий, както и инфекциозни болести, включително туберкулоза, венерически болести и хепатит се срещат много често сред коренното население отколкото сред останалото. Бедността, физическото насилие, злоупотребата с алкохол и наркотици са често срещани.

Здравето на индианското и инуитското население е федерална отговорност и не е част от канадската универсална здравно-осигурителна програма, провеждана от отделните провинции. Здравното обслужване се извършва от Медицинския клон на федералния отдел. Последните тенденции да се децентрализира мениджмънта на услугите към племенния съвет се свързват с предложенията за конституционна промяна, признаваща на аборигенските общини определено ниво на държавно управление. Това обаче не е прието. Социалните проблеми на безработицата, лошото образование, злоупотребата с алкохол, разпадането на семействата, насилието и синдрома на благополучието принуждават канадските индианци да напускат резерватите и да се преместват в градовете.

Жестоката история на САЩ за войните срещу индианците е последвана от насилственото им концентриране в резервати със строга администрация, много по-жестоката от канадската. Въпреки това, в края на XX-ти век, осигуряването на здравни грижи и предпазването от социален срив е може би по-малко ефективно в Канада, отколкото в САЩ.

Историята на американското държавно осигуряване на здравни грижи за американските индианци и коренното население на Аляска е еднакво неприятна. От началото на XIX-ти век грижи за индианците се полагат от федералното правителство, поточно от военни лекари до 1849 г., след това от Бюрото по индианските въпроси като част от Вътрешното министерство, а след 1954 г. от американската служба за обществено здравеопазване. Службата за здравеопазване на индианците (*HIS*), създадена като национална здравна служба за индианците се администрира от регионални офиси, осигуряващи първични и специализирани здравни грижи с нарастващо значение на участието и контрола на общината.

Американското население от коренни жители на Америка и ескимоси през 1996 г. е около 2,3 милиона. Службата за здравеопазване на индианците обслужва само 60 % от това население. Въпреки подобряването на общия здравен статус и намалената детска и обща смъртност, коренното население все още е с по-лошо здраве от останалото американско население. Лошото хранене, несигурните водоизточници, изолацията и лошият транспорт, неадекватното изхвърляне на отпадъци и високата честота на затлъстяване, злоупотребата с алкохол и насилието намаляват очакваната продължителност на живот. Службата за здравеопазване на индианците използва мрежа от 43 болници и над 110 здравни центъра. Разходите за здравни грижи за индианците, обаче, са 60-65 % от средните национални разходи на глава от населението. Очакваната продължителност на живот за коренното население се е повишила от около 60 години през 1950 г. до 73,2 години през 1989-1991 г. Намаляването на детската смъртност и намаляването на умиранията от туберкулоза, гастроентерити и остри респираторни болести се придружават и от намаляване на смъртността, причинена от злоупотребата с алкохол и насилието. Честотата на диабет (тип 2) е висока и продължава да се увеличава в сравнение с неиндианското население. Алкохолният синдром на плода е голям проблем за индианското население. Честотата му е 2,7 на 1000 живородени. Честотата

на алкохолен синдром на плода при американските индианци е по-висок от която и да е друга раса или етническа група в САЩ. С подобряването на племенното управление на здравното обслужване се повишава племенната активност за намаляване на злоупотребата с алкохол и насилието. Здравните цели за 2000 година включват намаляване на дела на раковите болести, детската смъртност и алкохолизма.

Здравният статус на аборигените, първоначално погубвани от глад и остри инфекциозни болести, а понастоящем от злоупотреба с алкохол, насилие и състояния, свързани с диабет, е далеч по-лош от здравния статус на канадското и американското население. Федералната администрация и отделянето от общото здравеопазване са били предмет на критика и в двете страни. Съвременните тенденции са интегрирането с други здравни услуги и децентрализирането на управлението с участието на общините. Федералното финансиране на тези услуги е стабилизирано, а увеличаването на локалния мениджмънт води до увеличаването на разходите на това население в частния медицински пазар.

Перспективите на коренното население в САЩ и Канада, както и навсякъде другаде, ще зависи от социалното и икономическото развитие и до голяма степен от мерките за самоуправление. През 1999 г. Канадското правителство създава самоуправляваща се инуитска територия, която има правомощия за здравеопазване, социални услуги, образование, данъчна политика и икономически права (например извличане на минерали) и много други области по подобие на канадските провинции. Това ще бъде важен тест на тази концепция.

Подобни проблеми възникват между аборигените и малцинствата в други страни, включително Австралия, Нова Зеландия, Перу и други страни от Южна Америка, Папуа Нова Гвинея, Тайван, Централна Африка и бившия Съветски съюз. Австралийските аборигени страдат от сърдечно-съдови заболявания, диабет, бъбречни болести в последен стадий, алкохолизъм, смъркане на лепило и злоупотреба с наркотици, ревматизъм и общ социален срив. Лошото здраве на коренното население хвърля сянка върху историята на много страни без ясно определени отговорности, правомощия и програми за здравеопазване. Въпросът за здравето на аборигените е сериозно предизвикателство към Новото обществено здравеопазване с оглед откриването на начини за осигуряване на адекватни превантивни и медицински грижи и което е по-важно, намаляване на социалните пролуки, причиняващи апатия и социална разруха.

ЗДРАВЕ НА ЗАТВОРНИЦИТЕ

От средата на 80-те год. на XX-ти век са направени значителни промени в състоянието на затворите и здравето на затворниците в САЩ. Усилването на упадъка на градовете, безразборното използване на наркотици, бедността и свързаните с нея епидемии са оказали силно влияние върху затворниците в САЩ. Затворническите медицински служби са трансформирани в преден пост, изправен пред предизвикателството да посреща почти невъзможни искания.

Затворите в САЩ са разрастваща се индустрия, с над 1,6 милиона затворници през 1997 г. Между 1985 г. и 1996 г. обитателите на федералните и щатските затвори са се увеличили от 479 568 до 1,1 милиона души, а тези в местните затвори са се увеличили от 256 615 на 507 044 души. През този период общата честота на попадане в затвор се е увеличила от 313 на 615 на 100 000 души население. Демографските характеристики

ки на затворниците са несиметрични спрямо общото население. Около 6 % от белите мъже са попадали в затвор и 23 % от чернокожите мъже са под контрола на наказателната система. Около 47 % от затворниците са афро-американци, а голяма част са млади и бедни.

През 1970 г. загрижеността за лошото състояние на здравето на затворниците дава основание на Американската медицинска асоциация и Американската асоциация по обществено здравеопазване да извършат проверка на затворническите здравни служби, препоръчайки насоки за стандартите, които тези служби трябва да спазват с цел да се подобрят здравните грижи за затворниците. Затворническите здравни служби вече имат по-професионален облик, като все по-малко се разчита на случайни медицински професионалисти. Външният контрол се извършва от Американския съвет за акредитация на здравните служби, който извършва доброволна акредитация на затворническите здравни служби.

Поради високата заболяемост от *HIV* и хепатит В, а така също и латентна туберкулоза, хората, затворени в изправителни институции са в много висок риск от туберкулоза. За това допринасят още претъпканите килии, лошото проветрение, както и непрекъснатото прехвърляне на затворниците от една институция в друга. Появата в последно време на резистентна туберкулоза, подчертава необходимостта от подобряване на практиката за контрол на инфекциите. Увеличаването на туберкулозата в Русия след 1990 г. е донякъде свързана с масовото освобождаване на затворници след перестройката през 80-те год. на XX-ти век. Специфичните контролни мерки в изправителните заведения трябва да включват:

1. Редовен и систематичен скрининг на затворниците и персонала за *HIV* и *TBC*. Показалите положителен тест трябва да бъдат подлагани на превантивна терапия.
2. Бързо идентифициране, изолиране и лечение на подозрителните случаи на туберкулоза.
3. Директно наблюдавана терапия, а така също щателно проследяване до приключване на лечението.
4. Проследяване с цел непрекъснатост на грижите както в, така и извън изправителното заведение.

Затворниците са в риск и от полово предавани болести. Както мъжете, така и жените затворници могат да бъдат обект на сексуален тормоз или заплаха от други затворници или от персонала. Затворническите здравни служби трябва да имат условия за скрининг и лечение, а така също и власт, чрез която да осигуряват защита на уязвимите затворници, като например да отделят младите затворници от потенциални насилници или затворници, излежаващи дългосрочна присъда.

През 90-те год. на XX-ти век американското федерално законодателство, въвеждайки доживотна присъда за повтарящо се престъпление ("три удара и вълн") увеличава броя на по-старите затворници без право на амнистия. Тъй като голям брой затворници прекарват продължително време в затвор, е необходимо да се гледа на здравето на затворника като на част от това на обществото като цяло.

Краткосрочните и дългосрочните здравни рискове за персонала на затворите изискват вниманието на затворническите здравни служби. Алкохолизъмът, тютюнопушенето, затлъстяването и стресът от работата водят до срив в семейството и ранна смъртност, особено от сърдечно-съдови болести. Когато се помогне на персонала да се справи със стреса и латентното насилие на професията, това би трябвало да намали персоналният риск и склонността към насилие от страна на персонала.

Необходимостта от грижи, касаещи психичното здраве в затворите е голяма и непрекъснато се увеличава. Недостигът на общински грижи за психичното здраве ускорява движението на индивидите от улицата към изправителните заведения. Проучване на Националната асоциация за психично здраве показва, че 25 % от влизащите в затвора са болни от психоза, а други 14 % проявяват някои симптоми на психоза. Психичните болести могат да бъдат причина за поведение на насилие и престъпления. Необходимо е да се обединят средствата за лечение в затвора с рехабилитационни програми.

Етичните проблеми в здравето на затворниците включват измъчване, изнасилване, убийство, глад, неетични медицински експерименти и неадекватни медицински и психиатрични грижи. Нюрнбергският и Хелзинкският код за медицинско поведение при медицински експерименти са международно признати стандарти. Женевската конвенция, свързана с поведението по време на война и окупация са също приети стандарти, често игнорирани, но все пак база за издаването на присъда. Малтретирането на затворници по време на война, като например в Босна през 90-те год. на XX-ти век, достига нива на геноцид с прилаганите масови убийства, глад и насилие. Във всяка страна или в конфликтна ситуация, здравната общност има професионалното задължение да следи за здравето на затворниците и да играе ролята на защитник както в мирно време, така и по време на гражданска война.

ЗДРАВЕ НА МИГРАНТИТЕ

В много страни голям брой хора и семейства се придвижват сезонно за селскостопанска или друга временна работа. Те нямат стабилна социална среда и подкрепа и често зависят от експлоататор-работодател, който им плаща само надници, а животът им в повечето случаи е във враждебна среда. Тази група включва мигранти и сезонни селскостопански работници, миньори, горски работници и строители, които често живеят дълго време далеч от семействата си.

В САЩ това явление е широко разпространено. Здравната програма за мигранти на Американския департамент по здравеопазване и човешки услуги изчислява размера на миграционното население на около 1,5 милиона души, а други 2,5 милиона души работят като сезонни селскостопански работници. Повечето от тях са семейни с деца, така че общият размер на това население, включително децата, е много по-голям. Повечето от тези семейства живеят под границата на бедността. Много от тях са нелегални имигранти, обект на експлоатация и насилие от страна на работодателите или контракторите. Те живеят в лоши хигиенно-битови условия, изложени са на пестициди и инфекциозни болести.

Работниците-мигранти в САЩ са от различен етнически произход, включително бели американци, испано-говорещи, хаитяни и от Ямайка. Имиграционните групи, като тези от Хаити, Мексико и Филипините, имат висок процент на туберкулоза и работата им в селското стопанство може да предизвика предаване на болестта на други селскостопански работници. Мигрантите-работници във ферми имат шест пъти по-голям шанс да се разболеят от туберкулоза, отколкото останалото работещо възрастно население.

Семействата на мигрантите-работници във ферми обикновено живеят при лоши санитарно-хигиенни условия, с ограничен достъп до храна и други необходими средства. В повечето случаи здравните грижи, посещението в училище и отпуските им са

неадекватни. Мигрантите-работници в градовете обикновено са сами мъже, които евентуално са оставили семействата си у дома и които мигрират от западащи селски райони в същата страна или които отиват в чужда страна за специфична работа в селското стопанство, строителството и мините. Жените се занимават обикновено с домакинска работа, персонални грижи или секс услуги. Професионалисти-мигранти като медицински сестри, компютърни специалисти или хора с други умения и способности са също често срещано явление в много страни по света. Хората, живеещи в чужда култура като работници по различни договори са обект на малтретиране и експлоатация, а така също социална изолация с произтичащия психичен стрес, насилие и венерически болести.

Обикновено мигрантите живеят в нищета, лоши санитарно-битови условия и липса на медицински грижи. Освен това, в повечето случаи те нямат необходимите документи за легален престой и пребиваване. Достъпът до здравна осигуровка и редовни медицински грижи, особено за децата и жените е най-тежкият въпрос, особено за нелегалните имигранти. Проблеми на храненето, включително недостиг на желязо, забавено развитие, недостиг на микроелементи са често срещани. Сред семействата на мигрантите са разпространени стоматологични болести, а те не могат да си позволят достъп до стоматологична помощ. Наранявания и смърт по време на работа са често срещани при селскостопанските работници. Тази професионална група има най-висока смъртност (37 на 100 000 селскостопански работници) от свързани с работата наранявания (виж глава 9).

Високата честота на сифилис, *HIV* и туберкулоза между мигрантите работници подчертава необходимостта от професионалисти по обществено здравеопазване, които са обучени да отговарят на здравните нужди на миграционното работещо население. В резултат на тези проучвания се въвежда крос-обучение на работници по обществено здравеопазване за полово предавани болести (включително *HIV*), туберкулоза и други заразни болести между миграционните работници във фермите.

Мигрантите-работници са международно явление. В Европа голям брой "гостуващи работници" извършват неквалифициран труд в селското стопанство и строителството на богатите икономики, които през последните няколко десетилетия "внасят" работници от бедните страни от Северна или Централна Африка или от Източна Европа. Това е създавало продължителни социални и политически проблеми за работниците и техните семейства, които често са обект на етнически репресии, насилие и трудности в културната адаптация. Агенциите на общественото здравеопазване трябва да следят за условията на живот и да уреждат превантивни и лечебни услуги, включително скрининг за често срещани болести в тази група от населението.

ЗДРАВЕ НА БЕЗДОМНИТЕ

Липсата на дом, в резултат на бедност и недостиг на достъпни жилища с нисък наем е общ проблем в големите градове, както в индустриалните, така и в развиващите се страни. Този проблем все по-често привлича вниманието на медиите поради контраста в начина на живот на бездомните и богатото население. В зависимост от това как се дефинира "бездомен", СЗО изчислява в *The World Health Report 1997*, че по света има между 100 милиона и 1 милиард бездомни хора (СЗО, 1997). Предполага се, че около 7,4 % от американското население в някакъв момент от живота си е било бездомно. Уличните обитатели са в по-голям риск за здравето си.

Здравните и особено превантивните грижи, не са приоритет за бездомните. Голяма част от техните ресурси, като време и пари са предназначени за намирането на защитено, топло и сигурно място за спане, за закупуването на храна и често за осигуряването на наркотици и алкохол.

Глобалната пандемия на бездомността е резултат от липсата на достъпни жилища, безработица и влошаването на социалните услуги и подкрепа. Бездомните не "избират" да живеят на улицата, по-скоро те са жертва на обстоятелствата. Често се спори, че бездомността е резултат от освобождаването от психиатрични институции, като някои посочват, че процентът на бездомните индивиди, страдащи от психични заболявания варира от 25 до 50 %. Трудно е да се прецени дали бездомността причинява психично заболяване или обратното, но е ясно, че двете се обединяват в порочен кръг, в който индивидите се сблъскват със социална изолация, неадекватно хранене и хигиена, бариери за жилищно настаняване и осигуряване на работа, които заедно водят до непрекъсната болест и несигурност.

Проучвания на здравните проблеми на бездомните показват, че делът както на хроничните, така и на острите заболявания е изключително висок. С изключение на инсулт, рак и затлъстяване, бездомните хора са предразположени към всички категории хронични здравни усложнения. Поради преходния характер на бездомното население, състоянията, които изискват бдителност и внимание, като туберкулоза са извън всякакъв контрол. Това, разбира се, е заплаха за околните. Заедно със затворите, убежищата за бездомници в индустриалните страни се характеризират с висок процент на случаи на туберкулоза. Други здравни проблеми са смърт от измръзване или насилие, вледеняване, рани по краката, изгаряния, инфекции на дихателните пътища, венерически болести, включително *HIV* и травми от задушаване, бой и изнасилване. Бездомността изключва добро хранене, подслон, топлина, сигурност, лична хигиена и първа помощ. Бездомните нямат почти никакъв достъп до здравно обслужване, освен в крайни случаи.

Обикновено членовете на тази група нямат здравна осигуровка, а достъпът до здравни услуги е компромис от разходи и дистанция. Един от най-ефективните начини на здравно обслужване на това население е чрез мобилни здравни единици. Във Вашингтон, както и в други градове на САЩ, "здравни каравани", оборудвани с мобилна "кухня за супи", обслужвани от благотворителни организации, осигуряват храна и медицински грижи за бездомните. Ако ситуацията е много тежка и изисква по-сериозни грижи, на индивида се препоръчва да влезе в градско или частно болнично заведение за бездомни или му се дава направление за медицински грижи. Тези заведения осигуряват медицински грижи, топла баня, място за пренощуване и топла храна. Ролята на НПО и благотворителните организации е важна, тъй като те помагат на бездомните да оцеляват. Очевидно е, че това са само временни решения за милионите бездомници по света, живеещи в опасни условия.

Срещат се и бездомни семейства, представлявани от жени с малки деца. Те са резултат от разпадане на семейства, малтретиращ съпруг, привикване на майката към приемане на наркотици и алкохол, бременност, миграция или икономически крах на семейството, дължащ се на обезнаследяване или прогонване от дома. Бездомните избягали деца или юноши са изложени на сериозни социални и здравни заплахи, включително насилие, злоупотреба с вещества, самоубийство и високо рисково поведение, водещо до нежелана бременност, венерически болести или *HIV*. В много развиващи се

страни бездомността и бедността са причина за продаването на бебета, органи и детска проституция.

Бездомността е проблем на общественото здравеопазване, особено на самите бездомни, но той засяга и общността около тях. Решенията, подобно на решенията за много други социални проблеми са комплексни и много скъпи. Основните въпроси са в овладяването на основните характеристики на бездомността: бедността и липсата на постоянно жилище. Реинтегрирането на бездомните в основния обществен поток изисква обществено лечение и социални услуги. Това означава ангажиране на клиентите, управление на случаите, възможност за жилищно настаняване, продължително проследяване и подкрепа. Вероятно ключът е в професионалното обучение и възможностите за трудова заетост. Докато не се обезпечи такава помощ, бездомните ще продължават да страдат и да изглеждат системите за благотворителност и обществено здравеопазване, които се опитват да се грижат за тази част от населението.

ЗДРАВЕ НА БЕЖАНЦИТЕ

Към средата на 90-те год. на XX-ти век, около 35 милиона души са напуснали страната си като бежанци или са се изселили на друго място в страната си. От около 20 милиона бежанци, преминали границите на страната си, 14 милиона са в Африка, Югозападна Азия или Средния Изток. Масовото изселване на хора от родните им места може да е резултат на етническо или религиозно преследване, политически конфликти, война, гражданско неподчинение, замърсяване на околната среда или конфликт, свързан с икономически ресурси. Годишно милиони хора напускат домовете си, фермите или страните си, за да търсят храна и вода, работа или сигурност.

Възможностите на една страна да се справи с внезапна масова бежанска ситуация зависи от функционирането на държавната инфраструктура и основните служби, ситуацията на сигурността и предварителното планиране на бедствието. Подходящият и навременен отговор зависи от усилията на местните власти и международната подкрепа под формата на необходими средства и услуги. Ефективната помощ трябва да започва с установяването на сигурност, подслон, облекло, санитарно-хигиенни условия, вода и храна, събиране на семейства, лични предпазни средства и лечение. Обучението, семейното планиране и дългосрочните здравни грижи са част от всяка помощна програма, в случаите, когато бежанската ситуация продължава дълго време.

Висшият Комисариат на ООН за бежанците (*UNHCR*) се опитва да следи и координира удовлетворяването на нуждите и помощите за бежанците. Според данни на *UNHCR*, в края на 1997 г. общият брой на бежанците е около 12 милиона души, с 1,2 милиона по-малко от 1996 г., преди всичко в Африка. Почти 900 000 бежанци са репатрирани през 1997 г., доброволно или с помощта на *UNHCR*. Бежанската криза през 1999 г. в Косово, която е резултат от политиката на Сърбия за етническо прочистване, прибави почти 1 милион души към списъка на бежанците.

Острата фаза на бежанска ситуация, разглеждана по-нататък в точката за помощ при предизвикани или природни бедствия, може да се превърне в продължителна ситуация, която има по-различни проблеми. Драмата на острата фаза може да се превърне в международно медийно събитие, в резултат на което много страни и НПО могат да предлагат съдействие, хуманитарни помощи и финансови средства. Продължителните бежански ситуации изискват съдействие, което дава по-голяма отговорност на *UNHCR*

и НПО, като Международния червен кръст, Лекари без граница, Католическата служба за помощ и други (виж глава 2). Центровете за продължително настаняване на бежанци се нуждаят от всички основни услуги, полагащи се на останалото население, с допълнителния фактор на риск от повреда на временните санитарни установки, храненето или здравното обслужване след политическа промяна или последващи бедствия. Кризата в Косово през 1999 г. обедини международните усилия на *UNHCR*, *NATO* и много международни НПО с двустранно и обществено участие с финансови и жизнено важни средства, но незабавното решение на масовото изселване се решава чрез военни и политически действия, принуждаващи страната да позволи репатриране на бежанците, въпреки че дългосрочни политически решения трудно могат да се предвидят.

ВОЕННА МЕДИЦИНА

Военната медицина е играела важна роля в развитието на хирургията и свързаните с нея умения и на общественото здравеопазване. Военните успехи на римляните са подпомагани не по-малко от превантивните здравни мерки (хигиена и лагерна дисциплина), отколкото от грижите за раните, основната военна организация и дисциплината. Армиите и флотите зависят от медицинските грижи и храненето, които поддържат здравето и способността да се изпълни дадената мисия. Задължителното използване на вар от британските моряци след епидемиологичния пробив на *James Lind*, доказва необходимостта от обезпечаване на добра храна и дисциплина за поддържането на функционалността и способностите на всеки индивид и военната единица като цяло. Американската армия въвежда задължително ваксиниране, скоро след появата на метода на Джернер. Новостите в общественото здравеопазване, създадени от военен персонал през XIX-ти век са многобройни, от труда на Роналд Рос върху маларийния паразит, до победата над жълтата треска от американската армия в Куба през 1901 г.

Въоръжените сили са част от националната отговорност, а въпросите на здравето на войската заемат важно място в общественото здравеопазване. Въоръжените сили търсят да наемат хора с очевидно добро здраве, но условията на военната служба могат да предизвикат заболяване както в мирно време, така и във време на война. Военната медицина поставя ударението върху превенцията като начин на поддържане на здравето на персонала, който ще бъде поставен в опасни условия и риск от заболяване и нараняване.

Както се вижда от данните за американската армия от гражданската война до войната във Виетнам (табл. 7.5), до началото на XX-ти век умиранията от болести надвишават умиранията в битки в повечето армии. Съзнаването, че преобладаването на болести пред произшествията в армията е основен принос на Флоранс Нейтингейл от Кримската война. Военната медицина е допринесла за развитието на спешните медицински грижи, носейки огромна полза за цивилния сектор, включително нововъведения в медицината от военните технологии, като например ултразвук.

Предпазването на войските от болест изисква имунизации за предотвратяване на болест, която може лесно да се разпространява в условията на казармите или на борда на кораб. Това може да включва реваксинация на детските ваксини за дифтерия и тетанус и ваксинация срещу хепатит В, грип, полиомиелит, морбили, заушка, рубеола, менингококов менингит, хепатит А, антракс и други. Антималарийни и други предпазни мерки се използват в зависимост от местоположението на службата.

ТАБЛИЦА 7.5

Брой и процент на смъртността от болест и наранявания в битка, Американска армия, 1860-1975

Война	Болест (D)	Наранявания в битка (BI)	D/BI/%
Гражданска война (Север) 1861-1865	199 720	138 154	145
Испанско американска война, 1898	1 939	369	525
Филипини 1899-1902	4 356	1 061	410
Първа световна война, 1917-1918	51 447	50 510	102
Втора световна война, 1941-1945	15 779	324 874	7
Войната в Корея, 1950-1953	509	27 704	2
Войната във Виетнам, 1961-1975	1 433	30 900	5

Източник: Адаптирано от Legters and Llewellyn, 1992. Military medicine; B (Last, J.M., Wallace, J.B. Eds.) *Public Health and Preventive Medicine*

Храненето, предпазването от болести, причинени от храна, вода или трансмисии и предпазването от инциденти по време на обучение, използване на пътно-транспортни средства, самоубийства, излагане на токсични материали, контакт с венерически болести и *HIV* са между най-важните въпроси на мирновременните военни сили. Насилието и бруталността, а така също и самоубийствата са често срещани по време на периода на обучение. Необходима е висока бдителност от страна на офицерския състав, а така също и медицинско наблюдение.

Предотвратяването на войната е най-сигурния метод за предпазване от свързана с войната смъртност и нараняване на военно и гражданско население. По време на война, предпазването от произшествия по време на битка зависи от въоръжението, уменията да се използва това оръжие, дисциплината и водачеството. Медицинската помощ на бойното поле, евакуацията и разпределянето, както и своевременното транспортиране с живото-поддържащи системи към медицинските центрове са решаващи за предотвратяването на фаталния изход: намаляване на дела на ранените и спасяването на живота на много млади хора. Организацията на медицинското обслужване от медика на бойното поле до евакуационния пост и основната болница изисква организационни умения и мениджмънт, както и адекватно снабдяване с всичко от вода и храна до средства за диагностициране и лечение.

Управлението на произшествията с цел опазването на бойната сила се основава на превенцията и събирането, лечението и евакуирането на засегнатите по начин, който подкрепя морала на войниците и предпазва от усложнения или смърт след произшествието. Разпределянето или сортирането се базира на осигуряването на най-добри грижи, каквито могат да се положат за най-голяма част от пациентите в дадените условия. Категориите на разпределянето включват: спешни случаи, изискващи обдишване, плеврална дренажна тръба, контрол на кръвоизливи и заместваща терапия за предотвратяване на непосредствена смърт; непосредствени случаи са живото-застрашаващи рани, временно стабилизирани, но изискващи хирургична намеса в най-кратко време и с добър шанс за възстановяване; отложени случаи са наранявания, за които могат да се положат съответните грижи до 8-16 часа след произшествието; минималните или повърхностни рани изискват минимална хирургична намеса, фиксиране на фрактури или наблюдение; чакащи случаи са смъртоносни рани с малък шанс за оцеляване.

Условията на потенциалните атомни, биологически и химически оръжия изискват специална подготовка и преди всичко превенция. Потенциалните изходи и подготовка за техния ефект върху здравето на бойните единици и гражданското население са част от специална област на военната медицина и индиректно на общественото здравеопазване.

ЗАЩИТА НА ЗДРАВЕТО ПРИ БЕДСТВИЯ

Природни и предизвикани от хората бедствия са често срещано явление (табл. 7.6), с важни поуки за общественото здравеопазване. Природните бедствия са естествено появяващи се екстремни събития, които могат да причинят допълнителна заболяемост, смъртност сред населението и физическо увреждане на околната среда. Това са земетресения, наводнения, урагани, суша, снежни виелици и изригване на вулкан. Терминът бедствие включва още и широк кръг събития, включително война, индустриални катастрофи, терористични актове и други. Бедствията често се класифицират като "предизвикани от човек" и "природни", и "внезапни" или "бавни". Различията са доста неясни, тъй като природно бедствие може да бъде резултат от неподходящи политически решения, като например суша, появяваща се в област, направена уязвима чрез държавни или политически действия. В полу-сухи райони с деликатен хранителен баланс и хронично недохранване, най-малкото природно бедствие може да наруши баланса и да причини широкомащабно страдание и недохранване, продължаващо дълго време.

Натрупаният опит в управлението на помощта при бедствия през последните няколко години се увеличава и подобрява благодарение на технологиите в комуникациите и транспортирането на помощи по въздуха - палатки, одеала, храна, средства за хлориране, генератори, тежки съоръжения за разчистване на отломки, а така също и полски болници и медицинска апаратура като съоръжения за стерилизиране и травми, антибиотици, ваксини и др. синдром.

Бедствията изискват високо професионален и адекватно бърз отговор, базиран на междусекторно сътрудничество. Това може да е въпрос на живот и смърт за големи групи от хора. Бедствията могат да възникнат в центъра на голям град или в отдалечена джунгла. Подробностите ще се различават, но удовлетворяването на основните човешки нужди е общо и за двете места. Въпросът за ограничаването на смъртните случаи и нараняванията, защитата, сигурността, водата, храната и подслонът са с най-голям приоритет. Необходима е организирана превенция под формата на санитарно-хигиенни дейности и управление на най-честите здравни проблеми като заболяване от диария, остри респираторни болести, морбили и други болести, свързани с лоши санитарно-битови условия (например хепатит, тиф, холера и гастроентерит). Избухнали зарази от дизентерия, недохранване и белодробни инфекции могат да убият голям брой от вече омаломощените деца и стари хора. Необходими са обществено ориентирани помощни програми, които с участието на засегнатото население могат да се справят с посттравматичния синдром.

Поради хаотичните събития, свързани с бедствията, епидемиологичен мониторинг на смъртност, нараняване и болест трудно може да се осъществи. Мониторингът на процеса и епидемиологичните шаблони осигурява информация за интервенцията и поуки, които могат да бъдат важни за планирането и управлението на бъдещи кризи.

Мониторингът на хоспитализациите служи за съставяне на шаблони на заболяемостта от специфични болести като тиф и вирусен хепатит. Такъв е случаят в южна Италия през 1980 г., когато земетресение причинява заразяване на водата. Холерата е също сериозна опасност по време на бедствия, какъвто е случаят в Руанда по време на бежанската вълна. Един от най-важните въпроси е пречистването или обеззаразяването на ограничените водни запаси, за чието решаване са нужни помпи и преносими съоръжения за хлориране. Често се налага местата за разпределение на палатки и храни да се охраняват от въоръжена охрана.

ТАБЛИЦА 7.6

Съвременни бедствия - природни и причинени от човек

Местоположение	Тип	Година	Ефекти
Гватемала	Земетресение	1976	23 000 умрели, 77 000 ранени, 1,2 милиона засегнати
Сервесо, Италия	Експлозия в химична фабрика	1976	17 000 евакуирани
Камбоджа	Политически геноцид	1979	1-2 милиона умрели
Бопал, Индия	Изтичане на химически вещества	1984	2 000 умрели, 70 000 евакуирани
Мексико	Земетресения	1985	10 000 умрели, 60 000 без дом
Колумбия	Вулкан	1985	23 000 умрели, 200 000 без дом
Чернобил, Украйна	Авария на ядрен реактор	1986	30 умрели, 100 000 евакуирани, дългосрочни ефекти (рак, вродени дефекти) неизвестно
Босна, Херцеговина	Гражданска война, геноцид	1993-1995	Десетки хиляди жертви, масови изнасилвания и убийства, срыв на гражданските служби
Руанда	Племенен геноцид	1994	Около половин милион умрели
Кобе, Япония	Земетресение	1995	6 000 умрели
Карибски острови	Ураган <i>Gordon</i>	1995	11 000 умрели в Хаити, Куба, Ямайка и Доминиканска република
Китай	Наводнение	1998	4 150 умрели, 18,4 млн. изселени и 180 млн. засегнати
Никарагуа	Ураган <i>Mitch</i>	1998	10 000 умрели, хиляди изчезнали, 120 000 без дом
Косово	Гражданска война, етническо прочистване	1999	Около 1 млн. души насилствено изселени, масови убийства, разрушени селища

Източник: Адаптирано от Menu. J.P. (Ed.) Emergency and humanitarian action. *World Health Statistics Quarterly*, 1996 and 1999 Internet website <http://reliefweb.int>

Интервенцията на агенциите за помощ трябва да включва потенциал за ваксиниране срещу морбили и полиомиелит и поддържаща регулярна ваксина срещу тетанус, както и добавки на витамини и желязо, в случаите, когато връщането към нормални

условия на живот се забавя с месеци. Тифът и салмонелата се преодоляват чрез санитарни мерки и подходи за управление на случаите. Абсолютната необходимост от питейна вода и орална рехидратна терапия в голям мащаб е демонстрирана по време на бедствието в Руанда през 1992-1994 г.

При по-продължителни състояния на бедствие, може да се извършва мониторинг на теллото и ръста на децата като се изследва извадка от населението с цел да се оценят ефектите и променящата се ситуация. Помощта при бедствия трябва да включва възможност за добавяне на витамини и желязо за децата с цел да се компенсира тяхната недостатъчност. Осигуряването на храна, подслон и вода е от първостепенно значение, но транспортирането на такива големи товари по време на бедствие може да се окаже твърде трудно даже и за развитите страни.

Уторичните увреждания, породени от лоши санитарни условия могат да причинят разпространението на заразни болести. Това се влошава от недостига на храна и липсата на вода и санитарни възли. Големият брой бежанци от гражданската война и етническите прочиствания, наблюдавани в Руанда през 1994 г. водят до огромни загуби на човешки живот. Международните или местните помощни действия могат да бъдат затруднени от липса на координация. Планирането на бежански лагери по време на бедствени ситуации трябва да отчита естественото оттичане на водите или канализацията, водните източници, достъпните пътища, санитарно-хигиенните средства, включително отходните места и местата за изхвърляне на отпадъци, както и обезопасяването на местата за разпределяне на храна и вода.

Ураганът *Opal* удря бреговете на Флорида през Октомври 1995 г. и причинява смъртта на 27 души, 13 от които загиват, премазани от дървета, 4 от отравяне с въглероден окис, 3 от домашни пожари, 7 при автомобилна злополука и 5 от удавяне, високо напрежение и други причини след пика на урагана. По-доброто координиране на предупрежденията за опасност от бури и урагани би могло да намали смъртните случаи в морето, предупрежденията да не се използва даден пътен участък и да се ограничи скоростта на движението в опасен участък от пътя може да намали броя на загиналите при пътно-транспортни произшествия. Спешна информация за извършване на спасителна евакуация, безопасни места за приютяване, избягване на риска и осигуряване на помощни услуги са част от действията на общественото здравеопазване при спешни ситуации, естествено в съответствие с други местни, щатски и федерални агенции.

В края на 1996 г. масивна бежанска криза с комплексен етнически и политически произход възниква в Руанда и Заир. Резултатът е смърт в особено големи размери, дължаща се на военни действия, а така също и на дехидратация, болести и глад. Международната интервенция, включваща военно-полеви болници, медицинска помощ и организация на здравеопазването е епизодична и недостатъчна. НПО, като Лекари без граница и помощни организации на ООН обикновено са първите, които се притичват на помощ, но без силна международна политическа и военна подкрепа всички усилия са ограничени. Медицинските интервенции с полеви болници привличат вниманието на медиите, но усилията да се съдейства в организирането на подслон, снабдяването с вода и санитарни средства получават по-малко ресурси и подкрепа.

През 1998 г., 37 големи бедствия, включително наводнения (15), земетресения (6), изригване на вулкан (1), скъсване на язовирна стена (1), урагани/циклони (6), горски пожари (1) и суша (3) са станали в различни части на света и са предизвикали загуба на човешки живот и изселване на населението с огромни разходи и унищожаване на имущество и други икономически разходи. През 1999 г. до месец март е съобщено за

13 подобни събития. Наводнението в Китай през лятото на 1998 г. причинява смъртта на 4 150 души, 18,4 милиона души са евакуирани, а общо 180 милиона души са засегнати. Икономическите загуби се изчисляват на повече от 26 милиарда долара (<http://reliefweb.org>). Две земетресения през 1999 г. в Турция причиняват масови разрушения и загуба на човешки живот. До голяма степен това се дължи на прилагането на лоши стандарти на строителството в земетръсна зона.

Предпазването от нараняване на хората и смърт по време на бедствия трябва да се съобразява с опита в дадена област. Земетресенията в Калифорния са сериозна заплаха и са причина за въвеждането на стриктни стандарти на строителството, чрез които се намаляват разрушенията и вторичната загуба на живот. Мониторингът може да служи за издаване на предупреждения за потенциални бедствия като урагани, а подготовката на евакуационни планове и съоръжения спомагат за управление на бедствието. Създаването на закони за отделните зони, както и стандартите на строителството могат да предотвратят много случаи на смърт при земетресения в гъсто населените градове. Мерките за контрол на наводненията в области, които са традиционно застрашени, са инвестиция в помощ на предотвратяването на масивни разрушения на имоти и домове. Складирането на подходящи съоръжения и продоволствия, както и обучаването на хората за такива спешни ситуации е част от разумните действия на публичната администрация и е от изключително значение и за общественото здравеопазване.

ПАНЕЛ 7.5

ВЪПРОСИ НА ПЛАНИРАНЕТО ПО ВРЕМЕ НА БЕДСТВИЕ

1. Лечение и евакуиране на ранените;
2. Ограничаване на нови смъртни случаи, наранявания и болести;
3. Въвеждане на обществен ред за безопасност/сигурност/защита за координиране интервенциите на полицията, армията, официалните здравни агенции, местните и международните НПО;
4. Осигуряване на безопасна вода, храна, топлина и подслон;
5. Осигуряване на санитарни средства и предпазване от опасностите на околната среда;
6. Съдействие за епидемиологичен контрол/превенция и лечение на заразни болести (например диария, остри респираторни инфекции, морбили, хепатит, малария);
7. Осигуряване на непрекъснати медицински грижи за ранените и болните;
8. Мобилизиране и координиране на всички официални и доброволни местни, щатски, национални и международни помощи;
9. Предотвратяване на недохранване, осигуряване на добавки от микроелементи;
10. Осигуряване на майчини и детски здравни грижи, включително за бременност и раждане;
11. Проследяване на болести и епидемиологични проучвания;
12. Мобилизиране на здравната помощ сред засегнатото население;
13. Съдействие за бързо възстановяване на нормалните функции (напр. семейство, здравни грижи, работа);

14. Предпазване от синдром на посттравматичен стрес;
15. Оценяване, обобщаване, мониторинг и докладване на процеса и взетите поуки;
16. Изследване, документиране, публикуване и проследяване;
17. Обучение (например осигуряване на временни предучилищни и училищни дейности);
18. Трудова заетост за лицата, които са в състояние да работят (например участие в извършването на грижи за бежанците);
19. Съдействие за бързо завръщане по домовете и рехабилитация;
20. Преглед на извършеното и планиране на действията при потенциални бъдещи бедствия.

Документирането на опита от действия по време на бедствие е важно за подобряването на усилията в бъдещи ситуации и въпреки, че поуките могат да се възприемат доста бавно, те са част от развитието на общественото здравеопазване. Планирането на бедствията е важен компонент на агенциите за общественото здравеопазване на национално, щатско (провинциално), регионално ниво и на ниво местни здравни власти. Координацията с полицията, армията, гражданската защита, пожарната, местното и щатското планиране на бедствията, болниците и много други местни агенции, както и с агенциите за международна помощ, е фундаментално за овладяването на бедствията. Изготвянето на протоколи за оперативни процедури с тренировъчна цел би могло да доведе до огромни различия в изхода от ситуацията. Въпреки, че ситуацията са уникални, те имат общи черти, приложими при планирането, адаптирано от документирането на подобно събитие, съответно от грешките и получения опит.

ОБОБЩЕНИЕ

За едно общество често се съди по това, как то третира своите малцинства, бедните, затворниците и бежанците, а така също и как се грижи за основните групи от населението. Всички тези групи се нуждаят от специално внимание, тъй като това са хора в нужда, но също така и защото те могат да окажат влияние върху здравето на останалите, както в случаите на туберкулоза, разпространена сред затворническите надзиратели в САЩ и разпространението на туберкулоза сред общото население от бивши затворници в бившия Съветски съюз.

Агенциите на общественото здравеопазване често се явяват защитници и инициатори на въвеждането на програми за тези групи. Това могат да бъдат специални нужди на цялото население или нужди на специални групи от населението. Подходът на общественото здравеопазване поставя ударението върху превенцията във всичките ѝ фази и подготовката за предвидими и неочаквани спешни здравни ситуации, в координацията не само със здравните системи, но и с много други агенции в обществото.

Подготовката за овладяването на спешните ситуации е важно предизвикателство за всички елементи на здравната система, от санитарно-хигиенните средства и контрола на вредителите до третичните грижи като неврохирургия. В такава ситуация едва ли ще има съмнение относно съвместната работа на всички елементи с цел лече-

ние на ранените и предпазване от по-нататъшни щети. Това изисква подготовка, а така също и импровизиране по време на събитието. Психичното и стоматологичното здраве са две области, където общинските грижи и превенцията съществуват като ефективни мерки, но по принцип не са добре свързани към основния поток на организирането и финансирането на здравните дейности.

Специалните групи, като бежанци, затворници или онези, които страдат от природни или предизвикани от човека бедствия са живо доказателство на известната фраза на *John Donne* "Никой човек не е остров само за себе си". Съвременният затворник или бежанец може да стане утрешен гражданин, заразен с *HIV* или туберкулоза. Бедствията могат да засегнат всекиго и ролята на изпълнителите на здравни грижи и агенциите за обществено здравеопазване става все по-очевидна, а необходимостта от подготовка все по-силна. Новото обществено здравеопазване се стреми да използва ресурсите за превенция и грижи по-ефективно, за да се разрешат проблемите на т. нар. маргинално население.

ЕЛЕКТРОННИ МЕДИИ

Американска психиатрична асоциация <http://www.apa.org>

Американска стоматологична асоциация <http://www.ada.org>

Бедствия <http://www.reliefweb.org>

Медицина на бедствията <http://www.reliefweb.int>

Служба за здраве на индианците, Департамент по здравеопазване и човешки услуги, САЩ
<http://www.ihs.gov>

Психично здраве <http://www.nimh.nih.gov>, <http://www.who.int/msa>,
<http://www.medscape.co/Medscape/MentalHealth/public>

Миграционно здравеопазване http://www.bphc.hrsa.dhhs.gov/uhsc/Pages/about_nhsc/3Dlb_migrant.htm

Национален институт за психично здраве <http://www.apa.org>

Национален институт стоматологични и лицево-челюстни изследвания
<http://www.nider.nih.gov>

Здраве на коренното население <http://www.cdc.gov/> и <http://www.aaip.com/>

Здраве на затворниците (U.S.), <http://www.ojp.usdoj.gov:80/bjs/pub/pdf/cpius95.pdf>

Генерален комисариат за бежанците към ООН <http://www.unhcr.ch>

Здраве на жените <http://www.wahcpr.gov/research/womenres.htm>

Световна здравна организация, програма за психично здраве <http://www.who.int/msa/>

Забележка: Пълен списък на електронните източници, свързани с психичното здраве може да се намери в *American Journal of Public Health*, 1999; 89:1440

ПРЕПОРЪЧВАНА ЛИТЕРАТУРА

Breakey, W. R. (editorial). 1997. It's time for the public health community to declare war on homelessness. *American Journal of Public Health*, 87:153-154.

Centers for Disease Control. 1992. Famine-affected, refugee and displaced populations: Recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly report*, 41(RR-13):1-76.

Centers for Disease Control. 1992. Public health focus: Fluoridation of community water supplies. *Morbidity and Mortality Weekly report*, 41:372-375.

Centers for Disease Control. 1993. Public health consequences of a flood disaster Iowa, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly report*, 42:653-656.

- Centers for Disease Control. 1993. Prevalence of work disability United States, 1990. *Morbidity and Mortality Weekly report*, 42:757-759.
- Centers for Disease Control. 1993. Reduction in alcohol-related traffic fatalities United States, 1990-1992. *Morbidity and Mortality Weekly report*, 42:905-909.
- Centers for Disease Control. 1994. Core public health functions and state efforts to improve oral health United States, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly report*, 43:201, 207-209.
- Centers for Disease Control. 1996. Deaths associated with Hurricanes Marilyn and Opal United States, September-October, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly report*, 45:32-38.
- Durkin, M. S. (editorial). 1996. Beyond mortality Residential placement and quality of life among children with mental retardation. *American Journal of Public Health*, 86:1359-1360.
- Easley, M. 1990. The status of community water fluoridation in the United States. *Public Health Reports*, 105:348-353.
- Elias, C. J., Alexander, B. H., Sokly, T. 1990. Infectious disease control in a long-term refugee camp: The role of epidemiologic surveillance and investigation. *American Journal of Public Health*, 80:824-828.
- Gaiter, J., Doll, L. S. (editorial). 1996. Improving HIV/AIDS prevention in prison is good public health policy. *American Journal of Public Health*, 86:1201-1203.
- Johnston, I. 1992. Action to reduce road casualties. *World Health Forum*, 13:154-162.
- Jorgensen, J. G. 1996. Recent twists and turns in American Indian health care. *American Journal of Public Health*, 86:1362-1364.
- Kessler, R. C., McGonagle, A., Zhao, S., Nelson, B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittche, H. U., Kendler, K. S. 1994. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51:8-19.
- Kunitz, S. J. 1996. The history and politics of U.S. health care policy for American Indians and Alaska natives. *American Journal of Public Health*, 86:1464-1473.
- Neugebauer, R. 1999. Mind matters: the importance of mental disorders in public health's 21st century mission. *American Journal of Public Health*, 89:1309-1311.
- Phelan, J. C., Link, B. G. 1999. Who are the "homeless": reconsidering stability and composition of the homeless population. *American Journal of Public Health*, 89:1334-1338.
- Shenson, D., Dubler, N., Mickaels, D. 1990. Jail and prisons: The new asylums? *American Journal of Public Health*, 80:655-656.
- Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W_Y., Wyatt, R. J. 1997. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A "critical time" intervention after discharge from shelter. *American Journal of Public Health*, 87:256-262.
- Teplin, L. A. 1990. The prevalence of severe disorder among male urban jail detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*, 80:663-669.
- Ustun, T. B. 1999. The global burden of mental disorders. *American Journal of Public Health*, 89:1315-1318.

БИБЛИОГРАФИЯ

- American Academy of Pediatrics. 1993. Homosexuality and adolescence. *Pediatrics*, 92:631-634.
- American Medical Association Council on Scientific Affairs. 1996. Health care needs of gay men and lesbians. *Journal of the American Medical Association*, 275:1354-1359.
- American Psychiatric Association. 1994. DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington DC: The American Psychiatric Association.
- Braddock, D. 1992. Community mental health and mental retardation services in the United States: A comparative study of resource allocation. *American Journal of Psychiatry*, 149:174-183.

- Buckner, J. C., Trickett, E. J., Corse, S. J. 1985. *Primary Prevention in Mental Health: An Annotated Bibliography*. Bethesda, MD: National Institute of Mental health.
- Eaton, W. W. 1985. Epidemiology and schizophrenia. *Epidemiologic Reviews*, 7:105-126.
- Fisher, W. H., Geller, J. L., Altaffer, F., Bennett, M. B. 1992. The relationship between community resources and state hospital recidivism. *American Journal of Psychiatry*, 149:385-390.
- Garrison, C. Z., McKeown, R. E., Valois, R. F., Vincent, M. L. 1993. Aggression, substance use and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health*, 83:179-184.
- Hveman, M. J. 1996. Epidemiologic issues in mental retardation. *Current Opinion in Psychiatry*, 9:305-311.
- International Helsinki Federation for Human Rights. 1999. *Annual report on United States, 1997*. Vienna, Austria: IHF.
- Kemp, D. A. (ed). 1993. *International Handbook on Mental Health Policy*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Leaning, J., Briggs, S. M., Chen, L. C. 1999. *Humanitarian Crises: The Medical and Public Health responses*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Leff, H. S., Lieberman, M., Mulkern, V., Raab, B. 1996. Outcome trends for severely mentally ill persons in capitated and case managed mental health programs. *Administration and Policy in Mental Health*, 24:3-23.
- Legters, L. J., Llewellyn, C. H. 1992. Military medicine (Chapter 71). In Last, J. M., Wallace, R. B., Macxy-Rosenau-Last, *Public Health and Preventive Medicine*, Thirteenth edition. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Lieberman, E. J. 1975. *Mental Health: The Public Health Challenge*. American Public Health Association, Washington, DC.
- Logue, J. N. 1996. Disasters, the environment, and public health: Improving our response. *American Journal of Public Health*, 86:1207-1210.
- Menu, J. P. (ed). 1996. Emergency and humanitarian action. *World Health Statistics Quarterly*, 49:165-242.
- Nease, D. E., Volk, R. J., Cass, A. R. 1999. Investigation of the severity-based classification of mood and anxiety symptoms in primary care patients. *Journal of the American Board of Family Practice*, 12:21-31.
- Olfson, M. 1990. Assertive community treatment: An evaluation of the experimental evidence. *Hospital and Community Psychiatry*, 41:634-641.
- O'Neill, D. M. 1996. Measuring changes in resource use in state hospitals, 1969-1990. The effect of alternative deflators. *Administration and Policy in Mental health*, 24:3-23.
- Post, B. 1997. The underserved and desperate: Native health, its time for action. *Canadian Medical Association Journal*, 157:1655-1656.
- Sandhaus, S. 1998. Migrant health: A harvest of poverty. *American Journal of Nursing*, 98:52-54.
- United States Census Bureau. 1998. *Statistical Abstract of the United States, 1998*. Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- United States Department of Justice. 1997. Prisoners in 1996. *Bureau of Justice Statistics Bulletin*, June: 1-8.
- World Health Organization. 1985. Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health organization. 1991. *Health for All Targets: The Health Policy for Europe*. European Health for All Series No. 4. Copenhagen: World Health Organization, regional Office for Europe.
- World health Organization. 1997. *The World Health report 1997. Conquering Suffering, Enriching Humanity*, Geneva: WHO.
- World Health Organization. 1998. *The World Health report, 1998: Life in the 21st century: a Vision for All*. Geneva: WHO.