

# СПЕЦИЈАЛНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОТРЕБИ НА ЗАЕДНИЦАТА

---

## ВОВЕД

Во секое општество постојат групи лица на кои им е потребно посебно внимание од здравствениот систем. Тука припаѓаат лицата со душевни проблеми и ментална ретардација, домородци, бегалци, раселено и бездомно население, војска и затвореници. Исто така, во оваа категорија се и специјалните потреби за забоздравствена заштита и итна помош кои ги користи целото население. Традиционално, овие посебни услуги припаѓаат во рамките на одделни служби, одвоени од општиот здравствен систем. Иако иницијалните причини за одделеност повеќе не се релевантни, гарантираните права на овие системи и натаму ги држат раздвоени.

Новото јавно здравство ја потенцира важноста на согледување на специјалните потреби на поединецот и населението, во контекст на заедницата и националниот здравствен систем. Во ова поглавје се разработени специјалните здравствени потреби на одредени подгрупи во населението. Некои од интервенциите потребни за заштита на здравјето на одредена група се насочени директно за задоволување на потребите на таа ризична група. Други активности се насочени кон целото население, бидејќи секој е изложен на ризик, како на пример ризикот од душевни болести. Новото јавно здравство се залага за поголемо внимание на потребите на овие, најчесто помалку привилегирани групи и субјекти, и се обидува да изнајде начини за обезбедување соодветно внимание за нивните специјални потреби преку превентивна и долгорочна грижа, во контекст на грижата за целото население и останатите здравствени потреби.

## ДУШЕВНО ЗДРАВЈЕ

“Душевното здравје е комплексна појава, одредена од повеќе општествени, биолошки, психолошки и фактори на околината, и делумно зависи

од јавно-здравствените напори за контрола на невропсихијатриските нарушувања, меѓу кои и депресија, анксиозност, шизофренија, деменција и епилепсија” (Светска здравствена организација, 1996). Според проценките на СЗО, 1,5 милијарди луѓе, од кои три четвртини живеат во земјите во развој, страдаат од едно или повеќе невропсихијатриски заболувања. Во исто време, со направениот напредок во разбирањето на невролошките, социолошките и факторите на однесување, како и новите методи за превенција и лекување на душевните и невролошките заболувања со ефикасни фармацевтски и други средства, душевното здравје стана важен елемент на Новото јавно здравство.

Во секое општество, душевните болести имаат голем удел во вкупните негативни ефекти од болест и инвалидитет. Уделот на душевните болести во страдањата и општествениот стрес на поединецот и семејството, како и нивните директни и индиректни трошоци се огромни. Во светот, стотици илјади лица страдаат од некоја форма на душевно растројство, кои варираат од умерени до целосно инвалидизирачки состојби.

Други дефиниции на душевното здравје се фокусираат на функционалноста на поединецот. Канадскиот оддел за здравство и социјална заштита (1988) го дефинира душевното здравје како “капацитет на поединецот, групата или средината да интерреагира со другите на начини кои поттикнуваат субјективна добросостојба, оптимален развој и употреба на менталните способности, достигнување на личните и колективните цели во согласност со правото и постигнување и зачувување на условите на фундаментална еднаквост”. Доналдсон и Доналдсон го дефинираат душевното здравје како “состојба во која поединецот е способен да исполни активна улога во општеството, преку интеракција со другите и со надминување на потешкотиите без да страда од поголеми стресови, абнормално или нарушено однесување” (Essential Public Health Medicine, 1993).

Краткорочни или долгорочни душевни и емоционални проблеми, до одреден степен може да се јават кај секого во текот на неговиот/нејзиниот живот. Меѓу овие состојби припаѓаат: анксиозност, депресија, изолираност и осаменост, психотични состојби, депресивно-манични состојби, состојби на нарушено однесување и исхрана, зависност од дрога, деликвенција, самоубиство и насилство, алкохолизам и семејно физичко и психичко злоставување. Овие состојби ја нарушуваат физичката и душевната добросостојба на пациентот, семејството и заедницата. Здравствената заштита насочена кон идентификација на целосната клиничка манифестација на болеста, честопати завршува со долготрајни лекувања и институционализација, наспроти навременото откривање и справување со кризата низ која поминува потенцијалниот пациент.

Во досегашните класификации, психијатриските состојби се сместуваат во групата на психотични или невротски состојби.<sup>1</sup> Психозите се главно душевни заболувања, со симптоми на сериозна дилузија и халуцинации.

<sup>1</sup> Британската класификација од 70-тите години од 20-от век ги дели болничките приеми на депресивна болест, шизофренија, нарушување на личноста, невроза и манија.

Психозите се делат на органски и функционални; органските се резултат на видлива физичка ненормалност, додека кај функционалните психози не постојат знаци на физичко заболување. Во функционални психози, припаѓаат шизофренијата и маничната депресија.

### РАМКА 7.1 ПОДЛОЖНИ ГРУПИ И ФАКТОРИ НА МЕНТАЛНА ДИСФУНКЦИЈА

Деца:	генетски фактори, повреда при раѓање, фетален алкохолен синдром, ниска телесна тежина при раѓање, пренатална употреба на дрога; недостатоци во исхраната: јод, железо; сиромаштија и психосоцијална депривација; злоставување, насилство: директно или индиректно во домот и околината; инфекции (на пр. вирусен енцефалит); токсични материи (на пр. олово).
Адолесценти:	сексуално созревање и придружни стресови; семеен стрес, злоставување, насилство, сиромаштија; притисок од околината, страв од неуспех; училиште, кариера, професионални очекувања; насилство, траума, стрес; слика за себе: страв од здебеленост; зависност од алкохол и дрога.
Возрасни:	зависност од алкохол и дрога; жените и плодноста, бременост; самохрано родителство, сиромаштија; злоставување, физичко, сексуално и психолошко насилство врз жените; стрес на работното место, невработеност; страв од стареење, менопауза; губење на репродуктивната функција; губење на работниот статус, губење на самодовербата.
Постари лица:	загуба на сопругник, пријатели, дом; сиромаштија и изолација; пензионирање и губење на работниот статус; намалување на душевната и физичката способност; потхранетост: синдром “леб и чај”; злоставување, насилство; губење на независноста; страв од умирање и долготраен процес на изнемоштување.

Невротските состојби може да имаат различен интензитет, но најчесто се манифестираат како пренагласен одговор кон нормални случки, како на пример анксиозност или опсесивни мисли. Невротските синдроми се делат на: анксиозни неврози, опсесивни неврози, хистерија и депресија. Менталната ретардација и нарушувањата на личноста, од секогаш се третираше одделно од душевните болести, поради фактот што почнуваат уште во рано детство или адолесценција, додека душевните заболувања се јавуваат по извесен период нормален возрасен живот; сепак, на нив сè почесто се гледа како на дел од широкиот спектар здравствени проблеми и потреби на заедницата.

На душевното здравје влијаат бројни внатрешни и надворешни фактори. Генетската предиспозиција и семејната историја на душевни болести може да биде присутна, но да се пројави под влијание на надворешни фактори. Стресот придонесува за проблеми во однесувањето и функционирањето во семејството и заедницата. Настани како болест, загуба на близок, невработеност или пензионирање, економски стрес, несредено семејство, семејно насилство, изневерување или развод, можат да иницираат општествено или душевно растројство и поради тоа претставуваат фактори на ризик кои треба да се земат предвид при дефинирање на превентивните и интервентните програми.

Емоциите многу влијаат на физичкото и душевно здравје, преку стимулирање физиолошки и психолошки одговор. Некогаш, одговорот на стресни ситуации може да биде и корисен, поради тоа што го подготвува поединецот за разрешување на сопствените проблеми во животот, но продолжена изложеност на стрес може да премине во фактор на хроничен емоционален статус или, пак, да влијае на физиологијата на организмот. Крајниот резултат се патолошки социјални состојби, кои влијаат на физичкото и душевното здравје на поединецот и семејството.

### **Историски промени во методите на лекување**

Од дамнешни времиња, душевните болести се сметаат за нешто срамно и се третираат со празноверие, грубост и изолација од средината. Методите на лекување на душевно болните се состоеле во отстранување од заедницата во посебни институции, со бројни правни и физички забрани и разни начини на физички шок терапии. Во доцниот 18-ти век, пионерските реформи на Винченцо Кјаруги (Vincenzo Chiarugi) во Италија, Вилијам Тајк (со Квејкерите) (William Tuke, Quakers) во Англија и највлијателниот Филип Пинел (Philippe Pinel) во Франција, создадоа услови за прекинување на практиката на врзување со синцири, изгладнување и тепање на пациентите во душевните болници. Сепак, психијатриските болници остануваат големи изолирани институции за лекување душевни болести, најчесто со многу лоши услови; ваквото лекување е стандардна практика за душевно болните сè до 20-от век.

Во 19-от век во Велика Британија, локалните власти се надлежни за изградба на душевни болници и надзор на озлогласените приватни са-

## РАМКА 7.2 НЕУСПЕХОТ НА ТРАДИЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ ЗА ДУШЕВНО ЗДРАВЈЕ

“Постоечките системи за обезбедување здравствена заштита, вклучувајќи го и душевното здравје, не успеаја да ги задоволат потребите на поголемиот дел од светското население. Повеќето од системите се централизирани, засновани на болничко лекување и главно ориентирани на болестите, со методологија еден на еден лекар/пациент. Ваквата грижа најчесто е неконзистентна со принципот на социјална еднаквост, особено во земјите во развој.”

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

наториуми. Со Законот за лекување душевни состојби од 1930 година, се основаат локални психијатриски клиники, како алтернатива на суровоста на душевните болници. Во 1948 година, душевните болници во Велика Британија стануваат дел од Националниот здравствен сервис.

До 50-тите години од 20-от век, во САД и во многу други земји, бројот болнички кревети за душевни болни е еднаков на болничките кревети резервирани за лекување други акутни состојби. Хоспитализацијата на душевно болните најчесто е долготрајна или доживотна со болнички надзор и без големи надежи за подобрување или испис од болница. Терапевтските мерки главно се потпираат на болничкиот надзор, односно големи дози седативи, инсулин и електрошокови, па дури и лоботомија како вообичаени форми на терапија. Намалената појава на терциерен сифилис и друга органска етиологија на душевните заболувања и развојот на психотропните лекови, овозможија големи промени во начинот на лекување на овие болести.

Душевното лекување, кое главно се потпира на болнички надзор, се смета за скапо и неефикасно. Поранешните големи душевни болници трошат значителен дел од здравствените ресурси. Во многу земји, за душевни состојби вообичаена е бројката од 5 болнички легла на 1000 жители и големи вкупни расходи. Во овие болници, малкумина доживуваат излекување, а најчест резултат се долгорочни последици поради неспособноста на институционализираните пациенти да се вратат во нормалниот живот.

Новите насоки за лекување на душевните заболувања во САД се резултат на силните застапувачки групи, т.е. движењето за душевна хигиена и донесувањето на Националниот закон за душевно здравје, во 1946 година. Законот за душевно здравје на Велика Британија од 1959 година, поттикнува нагло намалување на бројот болнички легла наменети за

душевные состојби, и тоа од 152.000 во 1952, на 98.000 во 1975 и на 59.000 во почетокот на 90-тите. Во овој период, психијатриските оддели во големите болници започнуваат да работат само на принцип на краток прием на болните. Загриженоста дека бројот душевно болни се зголемува меѓу бездомниците во Велика Британија и САД, наметнува потреба од повторно разгледување на стратегиите за душевно здравје.

Од 60-тите, за исписот од болница и враќањето во нормалниот живот на голем број душевни пациенти, е потребна поддршка со ефикасни лекови, установи за следење на состојбите и други форми на терапија, како и болници со можност за евентуално краткорочно или долгорочно сместување на пациентите во случај на потреба. Ако поддршката од заедницата не е на задоволително ниво, тоа доведува до зголемување на бројот душевно болни меѓу бездомниците, кои се неспособни да се вклучат во современото живеење. Во САД, во периодот 1969-1993 година, стапката на приеми во државните и локалните душевни болници се намалува, но за сметка на тоа се зголемува стапката на приеми во одделите за краткорочен престој во општите болници и приватните душевни болници (табела 7.1).

### Епидемиологија на душевните состојби

Душевните состојби се вообичаени во секое општество; во САД се проценува дека околу 10 милиони возрасни и 4 милиони деца живеат со сериозно душевно нарушување, при тоа не сметајќи ја зависноста од дрога (Mental Health, United States, 1996). Психијатриската епидемиологија се развива како посебна научна дисциплина во последниве неколку децении преку студии за присутност, распоред, причини и последици на душевните заболувања.

Во една студија од средината на 50-тите години од 20-от век, населението на Менхетн е дефинирано на следниот начин: 19% здрави, 36% со умерени симптоми, 45% умерени до загрижувачки симптоми, 10% сериозни до онеспособувачки симптоми. Во некои западни земји, студиите покажуваат застапеност на клиничка депресија од 4,5% до 7,2% во Финска и градовите Атина, Камбера и Камбервел (Велика Британија). Во 1985 година, на душевни болести отпаѓаат 29% од сите користени

ТАБЕЛА 7.1 Стапки на прием на душевно болни пациенти,<sup>a</sup> САД, 1969-1992

Тип на болница	1969	1975	1983	1988	1992
државни или окружни болници	244	205	46	125	109
општи болници за акутно лекување (несојузни)	240	257	337	359	377
ветерански болници, психијатриски оддел	68	86	64	101	72
приватни психијатриски болници	46	59	71	156	186
вкупно (вклуч. и други категории)	644	737	701	819	830

Извор: *Health United States*, 1990 и 1996-1997

<sup>a</sup>стапките се изразени на 100.000 цивилно население

болнички легла и 4% од сите болнички приеми. Студиите во Велика Британија посочуваат дека кај 25 до 30% од пациентите кои посетиле општ лекар, една од причините за посетата е психијатриска - а понекогаш и исклучиво психијатриска - дури и кога симптомите се првенствено соматски.

Во САД, во периодот 1990-1992 година, Националната анкета за морбидитет ја проучува застапеноста на психијатриските нарушувања во текот на целиот живот и во последните 12 месеци пред анкетата (DSM III) кај национален примерок на веројатност од возрасна популација. Околу 50% од испитаниците пријавиле дека барем еднаш во животот имале некакво душевно нарушување, а околу 30% дека имале такво искуство во последните 12 месеци. Најчести нарушувања се силни депресивни епизоди, зависност од алкохолизам и општествени или обични фобии. Повеќе од половината од оние кои се изјасниле дека во животот доживеале вакво искуство, имале три или повеќе душевни нарушувања; тие претставуваат 14% од вкупниот примерок. Помалку од 40% од оние кои во животот барем еднаш имале душевно нарушување, добиле професионална помош. Кај жените се забележани повисоки стапки на растројства и анксиозност; кај мажите - повисоки стапки на злоупотреба на материи и антисоцијални нарушувања на личноста. Застапеноста на психијатриските состојби е повисока од очекуваното, при што голем дел од испитаниците не добиваат професионална помош. Овие сознанија упатуваат на потребата од проширување на спектарот на психијатриски услуги и нивно вклучување во општата примарна заштита. Студиите за застапеност на болестите се обременети со компликувани методи на анкетање, можност за неточни поради временското ограничување на егзактната меморија, дијагностички критериуми, земање репрезентативен примерок, како и со начинот на избор на инструменти за истражувањето, односно анкетата. Епидемиологијата на душевното здравје црпи податоци директно од националните регистри и во соработка со општествените науки, епидемиологијата, биостатистиката, антропологијата, генетиката и други дисциплини, ги проширува сознанијата за факторите и причините кои придонесуваат во настанување на овие заболувања.

Иако во студиите за застапеност на душевните заболувања во Европа податоците драстично варираат, според проценките на СЗО, најмалку 5% од населението во Европскиот регион страда од сериозно душевно нарушување кое може да се дијагностицира (неврози и функционални психози). Во најмала рака, дополнителни 15% од населението во овој регион страдаат од помалку сериозни, но до одреден степен онеспособувачки душевни растројства. Овие влијаат на нивната добросостојба и создаваат почва за развој на посериозни душевни проблеми, како на пример длабока депресија, хронични психијатриски состојби или психоемоционални проблеми, како и ризично однесување, односно самоубиство, насилство и злоупотреба на материи. Во западноевропските земји се забележува промена во лекувањето на душевните состојби во 80-тите и 90-

тите години од 20-от век, со процесот на “деинституционализација”, која се состои во испис на пациенти со историја на долг престој во институција и нивна реинтеграција во општеството. Дел од овој процес се и развивањето услуги на поддршка во заедницата за поттикнување независно живеење, квалификации витални за социјализација и работа, како и поддршката и услугите во случај на рецидив на болеста.

Националниот институт за душевно здравје на САД (НИМХ интернет страница: <http://www.nimh.gov>) проценува дека во САД од шизофренија страдаат околу 2 милиони, а од биполарна (депресивно-манична) болест - 10 милиони Американци. Од други нарушувања (фобии, пост-трауматски стрес состојби и состојби на опсесивност) вкупно страдаат околу 30 милиони; сличен е бројот и на оние кои боледуваат од Алцхајмерова и други нервни болести. Нарущувањата во исхраната веројатно зафаќаат милиони тинејџери, додека злоупотребата на материи - исто така милиони Американци. Со сè поголемата популарност на системите за контролирана грижа во САД, како и воведувањето на душевно-здравствената заштита во основниот здравствен систем во други земји, прашањето за исплатливоста на здравството сè почесто се поставува пред здравствените економисти и раководните структури на здравствениот систем.

Една од целите на НИМХ е вршење истражувања на мозокот, однесувањето и генетиката, развивање нови методи за дијагностика и лекување и тестирање на овие методи во реални услови. Институтот главно работи на неврологија на молекуларно ниво (Нобелова награда, Џулиус Акселрод, 1970).

СЗО ги дефинира душевните нарушувања како еден од поважните глобални јавно-здравствени проблеми, кој опфаќа десетици милиони случаи (како што е прикажано во табела 7.2) и на кој во 1990 година отпаѓаат 10% од вкупните загубени години живот (ИЗГЖ). Душевното здравје е подеднакво важно и во развиените и во земјите во развој, како резултат на продолжениот животен век, но и поради судрувањето со

ТАБЕЛА 7.2 Глобален тренд на душевните и бихавиоралните нарушувања, 1998

Нарущување	Процена на бројот заболени (во илјади лица)
анксиозност	400.000
нарушувања на однесувањето (афективни)	340.000
синдром на зависност од алкохол	288.000
ментална ретардација (сите видови)	60.000
шизофренични нарушувања	45.000
епилепсија	40.000
деменција (вклуч. Алцхајмерова болест)	29.000
синдром на злоупотреба на материи	28.000
обид за самоубиство	10.000-20.000
успешно самоубиство	835

Извор: WHO, *World Health Report*, 1998 и WHO Mental Health Program, 1999.



комплексни интеракции на биолошки, психолошки и општествени фактори (на пр. стареење, сиромаштија, војни и траума, кршење на човековите права, ограничено образование, полова дискриминација и потхранетост).

Еден од предизвиците кај душевните нарушувања е менување на приоритетите во здравството и изедначување на третманот на душевните и физичките заболувања. Негативните ефекти од душевните проблеми имаат и општествена и економска димензија врз семејствата и општеството, преку самата болест, губење на продуктивноста и личните финансиски трошоци. Душевните заболувања имаат и скриени негативни ефекти, како што се општествено ограничување и загуба на човековите права - толку чест исход од душевните заболувања. Отфрлање од општеството, семејството, работодавците, понекогаш дури и од здравствените работници - наметнува осаменост, изолација, потценетост и болка, низ кои минуваат душевно болните, како дополнителен товар од загубената способност за заработка и независност.

### **Синдроми на душевните нарушувања**

Душевните нарушувања се јавуваат со различна симптоматологија, како на пример промена во личноста, нејасно размислување, ненормална анксиозност, страв или сомневање, повлекување од општествениот живот, самоубиствени мисли или намери, несоница, промена во начинот на исхрана, изливи на лутина и гнев, зависност од алкохол или дрога, или едноставно, неможност за справување со дневните активности, како на пример, училиште, работно место или задоволување на личните потреби. Душевните заболувања формираат разнородна група во која припаѓаат најразлични нарушувања, од пренагласена реакција на стресни ситуации до промени во нервниот систем, како резултат на одредени невролошки или генетски недостатоци (Оддел за здравје и човекови ресурси, 1999). Хроничниот карактер на овие заболувања, во минатото е решаван со долгорочна хоспитализација. Сепак, со подобрувањето на терапијата и начините на справување со овие болести од страна на заедницата, хоспитализацијата е сведена на примарен метод на лекување.

*Органски душевни синдроми.* Органските душевни нарушувања се манифестираат преку бројни синдроми, како на пример намалена меморија, разборитост, капацитет за учење, јазичен фонд, расудување, способност за мислење и математичко сметање или сериозна деменција. Алцхајмеровата болест е типичен претставник на оваа група; покрај неа, тука припаѓаат и трауматско мозочно оштетување, мозочен удар, Паркинсонова болест, алкохолизам, Кројцфелд-Јакобова болест, ХИВ, постенцефалитски нарушувања, сифилис и други деменции, и душевни нарушувања како резултат на физичко оштетување на мозокот. Според оценките на СЗО, во светот околу 22 милиони лица страдаат од некој од синдромите од оваа група. Сенилноста е присутна кај помалку од 5%

од лицата под 75-годишна возраст, но над 40% кај лица постари од 80 години.

Превенцијата на мозочни повреди, удар и енцефалит, лекувањето на алкохолизмот и соодветната исхрана ја намалуваат појавата на деменции. Препознавањето и соочувањето со сенилноста кај постари лица е важна функција на примарната здравствена заштита и специјализираните геријатриски и психијатриски служби. Поради зголемувањето на животниот век, органските мозочни синдроми може да претставуваат сериозен товар за семејствата и здравствениот систем. Службите за поддршка на семејствата кои се грижат за лице со органско мозочно оштетување треба да бидат дел од поширока здравствена програма, во која се вклучени краткорочна и долгорочна нега и домашно лекување. Истражувањата на органските мозочни синдроми треба да добијат приоритет, поради уништувањето на личноста на сè поголем дел од населението, што како краен исход влијае на поединецот и семејството, како и на зголемување на здравствените трошоци за оваа група.

*Злоупотреба на материји.* Злоупотребата на материи (душевные и бехавиорални нарушувања поради употреба на психоактивни дроги) претставува интоксикација со материја која предизвикува физичко или психичко оштетување, нарушено расудување или нефункционално однесување, што, пак, води кон инвалидитет и нарушување на меѓучовечките односи. Синдромот на зависност се карактеризира со најмалку три од следниве симптоми: потреба за користење на материјата, физиолошки симптоми при некористење, толеранција кон ефектите на материјата, преокупираност со материјата и нејзино континуирано користење, и покрај негативните ефекти. Злоупотребата на материи е поврзана со сериозни проблеми, меѓу кои и смрт од предозирање (овердоза), криминал за одржување на навиката, СПБ, пренос на СИДА и хепатит, притвор, социјално исклучување и трајни мозочни оштетувања.

Злоупотребата на материи има пандемски размери. Според СЗО, околу 28 милиони лица во светот имаат синдром на зависност од дрога. Годишно, меѓу сто и двесте илјади лица умираат од предозирање. Вдишувањето испарливи материи (на пр. лепак, разредувачи за бои, бензин и аеросоли) меѓу преадолесцентите е широко распространето и предизвикува сериозни мозочни оштетувања и смрт. Употребата на марихуаната има невидени размери. Новите хемиски формулации (“дизајнирани дроги”), исто така, предизвикуваат сериозни оштетувања на мозокот и смрт. Употребата на опијати, кокаин и психотропни дроги ги погодува сите општествени слоеви и во развиените и во земјите во развој, под влијание на урбанизацијата и други општествени стресови, а поттикнато од моќните економски и политички интереси во меѓународната трговија со дрога. Обидите за отстранување или контролирање на трговијата со дрога имаат многу сличности со обидите за спречување на трговијата со робови на крајот на 18-от и почетокот на 19-от век, како на пример фактот што

и во двата случаи, постојат влади кои ја заштитуваат трговијата и влади кои по секоја цена се обидуваат да ја спречат и искоренат.

Превенцијата треба да биде насочена кон подложните групи, особено млади луѓе, улични деца и жени-корисници на дрога. Терапијата на замена со метадон е широко прифатена за намалување на зависноста од дрога. Програмите за размена на игли успешно го намалуваат ширењето на ХИВ, хепатит Б и Ц меѓу интравенските корисници на дрога, но понекогаш добиваат етикета дека ја поттикнуваат употребата на дрога. Детоксификацијата и долгорочните програми за лекување и следење на излекуваните се скапи и фрустрирачки, но се подобри од нивната алтернатива - болест, криминал, општествена изолација и затвор - чести меѓу припадниците на оваа група.

Во светот, употребата на алкохол е проблем на 120 милиони луѓе. Консумирањето алкохол, хроничниот алкохолизам и од него предизвиканите болести, како цироза, малигни заболувања и социјално отуѓување се чести во многу земји, предизвикувајќи морбидитет и морталитет од траума, насилство и малтретирање на семејството. Консумирањето алкохол во тек на бременост се поврзува со мртвородени деца, предвремено породување и фетален алкохолен синдром.

Меѓу стратегиите за намалување на навиката за консумирање алкохол, припаѓаат и зголемување на неговата цена, намалување на достапните количества, особено за адолесценти; една од честите мерки е поставување возрасна граница при купување алкохол, законска регулатива за забрана за возење под дејство на алкохол, забрани и ограничувања за промовирање и реклама, програми за едукација на јавноста и подигање на свеста, индивидуално советување, групни терапии, групи за самопомош, како и програми за болничко и амбулантско лекување и рехабилитација.

*Шизофренија.* Шизофренијата опфаќа група хронични состојби кои се манифестираат преку епизоди на психози со халуцинирачки мисли или нарушување на однесувањето. Најчесто се појавува на околу 20-годишна возраст, со знаци на нарушено размислување, перцепција и расудување. Од симптомите може да се јават возбуда, повлекување или кататонија. Халуцинациите може да бидат звучни или визуелни.

Нарушувањето кај ова хронично заболување се јавува во епизоди кои може да траат и по неколку месеци, одделени со периоди на нормален живот. Се јавува и кај двата пола и во сите општествени слоеви; се смета дека од оваа болест страдаат околу 1% од возрасното население. Се карактеризира со хроничност и повремена потреба за хоспитализација. Лекувањето со постоечкиот терапевтски арсенал го подобрува исходот кај многу пациенти.

Според проценките на СЗО, во светот живеат околу 45 милиони шизофреничари, од кои 33 милиони во земјите во развој. Во САД, директните трошоци за лекување на оваа болест се проценуваат на приближно

0,5% од БНП. Иако се смета дека има органска етиологија, на развојот и исходот од болеста влијаат општествените и културолошки услови. За соодветно лекување на акутната фаза и долгорочна рехабилитација, неопходен е систем на добро структурирани помошни служби во заедницата и соодветно болничко лекување. Невролептичните лекови, како на пример хлорпромазинот, воведен во терапија во 50-тите, значително ги намалува симптомите и им овозможува на пациентите да функционираат во заедницата, особено со поддршка од семејството и од соодветни помошни служби во заедницата, како и преку периодични краткотрајни престојувања во болница, ако е потребно.

*Нарушувања на расположението.* Состојбите на менливо расположение, возбудено или депримирано, се присутни кај околу 340 милиони лица во светот и се четврта ставка во вкупните негативни ефекти од болест во земјите во развој. Во САД, годишните трошоци за лекување на состојбите на депресија се проценуваат на околу 44 милијарди долари, или еквивалент на трошоците за лекување на сите кардиоваскуларни болести (СЗО, Светски здравствен извештај, 1997).

Нарушеното расположение варира од манија до депресија, кои често пати доаѓаат наизменично (манично-депресивни или биполарни нарушувања). По сите проценки, депресијата е најчесто нарушување од овој вид и од неа страдаат околу 5% од вкупното светско население. За дијагноза на депресија, потребно е да се присутни четири или повеќе од следниве симптоми: губење интерес или задоволство во нормалните активности, недостаток на емоционален одговор, нарушено спиење (рано будење, несоници или предолго спиење), поизразена депресија во утринските часови, губење на апетитот, намалување на телесната тежина за 5% месечно, губење на либидото и психомоторна ретардација (или агитација). Болеста се манифестира како умерена до сериозна. Епизодите на депресија се рекурентни и се главен фактор на ризик за самоубиство и асоцијализација. Тешките депресивни форми се карактеристични за постари лица. Сезонско нарушување на расположението (СНР) е синдром на тмурното зимско време и е многу често во северните земји со долги поларни ноќи и затворен стил на живот. Овој синдром се поврзува со голема стапка на алкохолизам, срцеви болести и самоубиства.

Кон состојбите на нарушено расположение придонесуваат и економскиот стрес, невработеноста, дискриминацијата и други активности, насочени кон ограничување на правата на жените.

Жените почесто се предмет на состојбите на нарушено расположение; особено е присутна депресија кај мажени жени со деца, поради социјалната изолација и девалвација преку улогата на жена-домаќинка. Постпарталната депресија може да прерасне во хронична, која ќе треба да се лекува или да се делува на спречување на нејзината хроничност.

Антидепресантите претставуваат важен напредок во лекувањето на нарушеното расположение, но ваквата терапија треба да биде поткре-

пена со професионално следење. Во 70-тите години од 20-от век, врз основа на истражувањата на НИМХ, ФДА го одобри литиумот за лекување на маничните епизоди на болеста, со што се подобри животот на многу лица кои страдаат од биполарни нарушувања. Лекувањето со литиум и антидепресанти бара детално следење и дополнително внимание од здравствените работници. Со нив се намалува штетното влијание на нарушеното расположение, економскиот товар од овие болести врз општеството, како и страдањето на поединецот и семејството.

Примарната здравствена заштита треба да работи заедно со специјалистите-психијатри во иста установа, за да се олесни работењето со пациенти кои не би отишле во специјализирана душевна клиника. Од неизмерна важност е спремноста на примарните здравствени работници за соочување со овие болести, преку разбирање, трпеливост, помошна терапија и упатување во специјализирани клиници, при забележана хроничност или социјално отуѓување на работа или дома. Психотерапевтските способности треба да се присутни во примарната заштита, но да бидат дел од системот на специјализирани служби. Препознавањето на овие болести од страна на заедницата е важно заради намалување на широко распространетото домашно насилство, кое се доведува во врска со состојбите на нарушено расположение.

*Невройски нарушувања (анксиозност и дисоцијација).* Во оваа група припаѓаат болести со различна симптоматологија и сериозност; тука припаѓаат панични нарушувања, фобии, состојби на опсесивност, анксиозност и пост-трауматски стресен синдром. Специфичните фобии подразбираат страв од метеж, јавни места, патување, општествени настани, предмети, животни и затворени простории. Паничните состојби се дискретни епизоди на интензивен страв, кој започнува нагло и покажува физички симптоми кои не се во врска со забележана опасност во дадена ситуација или настан. Состојбите на опсесивност се повторливи, непријатни опсесии, кои предизвикуваат вознемирување или го нарушуваат нормалното функционирање. Тука припаѓаат опсесивно миење раце, чешлање коса, чистење и броење. Кај некои од пациентите со опсесивно однесување, новата генерација лекови дава одлични резултати. Стресните реакции може да бидат акутни или да се јават долго по настанот кој ги предизвикал.

**ПОСТ-ТРАУМАТСКИ СТРЕСНИ НАРУШУВАЊА.** Пост-трауматските стресни нарушувања (ПТСН) со слики и соништа од настанот кои будат болни сеќавања, најчесто се јавуваат во првите шест месеци од стресниот настан или период. Може да вклучуваат манифестација на депресија или друг вид нарушување на однесувањето или емоциите. ПТСН, прв пат опишани како последица на воените дејствија во Виетнамската војна, сега се доведуваат во врска и со реакција на катастрофални настани, како на пример насилство, геноцид, тортура, несреќи или сексуално злоупотребување. Јавноста и професионалните кругови треба да учествуваат

во одговорот на здравствениот систем на ваквите ситуации, и тоа при планирањето на поддршката во природни катастрофи, како на пример урагани, земјотреси, терористички бомбардирања (на пр. Оклахома, 1995) или масовни убиства од психички растроени лица (Шкотска и Австралија, 1996).

Дисоцијативни (конверзивни) нарушувања. Во дисоцијативни нарушувања припаѓаат амнезија, ступор или состојби кои наликуваат на транс, кои немаат физичка причина, но се поттикнати од одреден настан. Преокупацијата со различни физички симптоми кои не може да се објаснат со постоечките физички нарушувања и одбивањето на медицинските објаснувања, се нарекуваат соматоформни нарушувања. Имаат различна симптоматологија, но најчесто гастроинтестинални, кардиоваскуларни, дерматолошки, генитално-уринарни симптоми или болка.

*Синдроми на однесување со физиолошки нарушувања.* Во групата синдроми на однесувањето припаѓаат нарушена исхрана, анорексија нервоза (самоизгладнување) и булимија нервоза (волно повраќање или прочистување), злоупотреба на материи кои не предизвикуваат зависност (витамини, антациди), нарушено спиење, месечарење и ноќен терор. Синдромите на сексуална дисфункција вклучуваат губење на сексуалната желба или уживање, аверзија кон секс, сексуална немоќ (кај мажот или жената), дисфункционален оргазам, прерана ејакулација и болен коитус.

Превенцијата на оваа група болести се состои во јавни дискусии, особено преку медиумите, за подигање на свеста, особено кај семејствата и здравствените работници, во однос на проблемите на приспособување низ кои минуваат тинејџерите и стресните ситуации. Потенцијалот за претворање на обични проблеми во сериозни нарушувања, опасни по живот, како што се булимија и анорексија нервоза, се особено важни во грижата за адолесцентите. Овие состојби се поттикнати и од социјалните норми, како на пример, промовирањето витки и многу слаби девојки на реклами. Средовечните мажи кои поради стрес од несигурно работно место или губење на статусот може да пројават нарушено спиење или сексуална функција, се исто така подложни на предвремено настанување на коронарна срцева болест. Невработеност, губење на брачниот партнер или финансиски стрес можат да предизвикаат зголемен психички и физиолошки одговор кој може да биде и опасен по живот. Службите за примарна заштита треба да бидат насочени кон откривање и лекување на потенцијално сериозните синдроми на однесување кај подложните групи и да обезбедуваат постојана поддршка и упатување во специјализирани установи.

*Нарушувања на личноста.* Нарушувањата на личноста подразбираат девијации на перцепцијата и интерпретацијата на луѓе и настани, сликите за себе и чувствата (на пр. расположение или комуникабилност). Овие болести се карактеризираат со потешкотии во контролата на импул-

си, задоволувањето на потребите и односот кон луѓе и ситуации. Симптомите се постојани и нефлексибилни и предизвикуваат нарушување кое е различно од останатите душевни нарушувања. Тука припаѓаат болести од параноидни (пренагласена сомничавост) до шизоидни (на пр. емоционална нестабилност, рамнодушност, некомуникабилност, живот во осаменост со фантазии и преиспитување). Состојбите на емоционална нестабилност вклучуваат импулсивно однесување со искажување лутина, насилство и неспособност за извршување работа со долгорочни ефекти.

Граничните нарушувања на личноста се одликуваат со импулсивност и искривена слика за себе, емоционални кризи, закани или активности за себеповредување и хронично чувство на неисполнетост. Здравствениот систем има улога во препознавање и поддршка на оваа група нарушувања, исто како кај секое посериозно физичко нарушување; последиците од ваквите заболувања се штетни за поединецот, семејството и општеството. Навременото откривање овозможува навремена професионална помош и поддршка на овие лица низ критичните периоди во животот. Од големо значење е професионалната помош преку групи за меѓусебна поддршка и поддршка на семејството.

*Нарушувања на психолошкиот развој.* Нарушувањата на психолошкиот развој вклучуваат одредени нарушувања на говорот, јазикот, гласовната категоризација, визуелната перцепција, вниманието и контролата на активностите. Тука припаѓаат детскиот автизам, односно абнормална општествена комуникација и игри кои се јавуваат пред 3-годишна возраст, без спонтаност, социјална или емотивна реципрочност и неможност за душевен развој во согласност со својата возраст. Услов за навремено откривање и професионална помош е тесната соработка меѓу образовниот и здравствениот систем.

*Нарушувања на однесувањето и чувствата во дејство и adolescence.* Во хиперкинетски нарушувања припаѓаат невнимание, преизразена активност и импулсивност. Исто така, припаѓаат и различни нарушувања на концентрацијата и вниманието, како на пример синдром на недоволно внимание, хиперактивен синдром на недоволно внимание. Состојбите на нарушено однесување се карактеризираат со агресивност, избувливост, лаги и крадење, употреба на опасни оружја и друго недолично однесување.

Според оценките, околу 10-12% од децата и адолесцентите страдаат од некоја форма на душевно нарушување, меѓу кои автизам, хиперактивност, депресија, задоцнет развој, нарушено однесување и емотивна нерамнотежа. Голем процент од децата и адолесцентите кои се соочуваат со ваков проблем не добиваат соодветна терапија.

Самоубиството е најсериозен исход од душевните нарушувања кај адолесценти; во САД, за возрастната група 15-24 години статистиката дава податок од 4.660 самоубиства, од вкупно 30.903 самоубиства за сите возрастни групи во 1996 година (*Health, United States, 1998*). Образовниот

систем и здравствените работници мора да бидат свесни за постоењето на огромен потенцијал за самоубиства меѓу тинејџерите. Обезбедување-то лесно достапна помош и поддршка за поединецот и семејството е клучен момент во спречувањето на душевните растројства кои можат да доведат до емотивен слом или самоубиство.

### **Здравствени цели за душевното здравје за 2000 година**

Европскиот регион на СЗО дефинира серија здравствени цели за душевното здравје за 2000 година. Овие цели се дизајнирани за подобрување на постоечките услуги и служби за душевно здравје, заради намалување на патолошкото и деструктивно однесување, поттикнување на општествената добросостојба и намалување на застапеноста на душевните заболувања. Покрај ова, имаат за цел и подобрување на квалитетот на живот на лицата со вакви душевни заболувања, во намалување на растечкиот тренд на самоубиства и обиди за самоубиства. Други цели се: подобрување на општествените фактори (на пр. невработеност и социјална изолација) кои го ограничуваат поединецот; подобрен пристап до мерки и методи за поддршка и помош на лица во стресни услови и ситуации; подобрен систем за поддршка, и формална и неформална, за лица со душевни нарушувања, особено деменција; развој на служби за душевни болести во заедницата, со поголемо учество на примарната заштита; специјални напори за превенција на видови однесување кои можат да му наштетат на здравјето, како на пример злоупотреба на материји; и програми за превенција на самоубиства (СЗО, Програма за душевно здравје, 1998).

Целите на САД во однос на душевното здравје се однесуваат на зголемување на информираноста за постоење на институции и услуги за душевно здравје и намалување на ризикот во рамките на специфични целни групи во населението, како што е младината подложна на самоубиства, убиства и други форми на насилство. Меѓу целите за душевно здравје на САД, припаѓаат:

1. Зголемен пристап до системите за поддршка;
2. Зголемен број лекари во примарната заштита со способност за земање детална историја на душевно здравје од пациенти, на повеќе од 60%;
3. Зголемен процент на лица над 15 години кои се свесни за постоењето на агенции за стресни ситуации и тоа на повеќе од 50%;
4. Намалување на стапката на самоубиства во возрастната група 15-24 години на помалку од 11 на 100.000 лица;
5. Намалување на повреди и смрт од злоупотреба на деца за повеќе од 25%.

### **Контроверзии во политиките за душевно здравје**

Во текот на 60-тите години од 20-от век, во САД, Канада и Велика Британија се прибегнува кон депопулација на душевните болници и



намалување на бројот постоечки психијатриски установи. Канада ги намалува постоечките капацитети за психијатриско лекување за 32.000 легла, но го зголемува бројот легла за психијатриски случаи во општите болници. Психијатриските оддели во општите болници ги лекуваат умерените психијатриски состојби (на пр. умерена депресија) и сè уште не се вложува доволно во програмите на заедницата за потешките случаи.

Несоодветното следење во заедницата на поранешните психијатриски случаи го зголемува ризикот од влошување на симптомите, депресија, бездомништво, отуѓување и самоубиство. Програмите на заедницата за душевно здравје треба да вклучуваат лекување на откриените случаи, рехабилитација, програми за вдумување и други помошни услуги. За ова се потребни добро координирани системи, заради избегнување на некоординираноста, губењето на пациенти од програмите за следење, неефикасното следење на откриените случаи, високите стапки на ремисија и несоодветните врски меѓу болничкиот систем и заедницата.

Ревизијата на програмите за душевно здравје во последниве неколку децении покренала повеќе прашања, меѓу кои и граѓанските права на душевно болните, деструктивните ефекти на долгорочната институционализација, користење податоци и сознанија од неврологијата, употреба на нови лекови кои ќе овозможат лекување вон институција и намалување на високите трошоци за институционализирано лекување. Потрагата по медицинска практика базирана на искуство, системи за контролирана грижа и капитација како метод на плаќање за ваквите здравствени услуги се дел од постојаната дискусија околу создавањето на политиката за душевно здравје.

### **Локално-ориентирана душевна здравствена заштита**

Направениот напредок во медикаментната терапија и загриженоста од негативните ефекти на долгорочна институционализација која има низок степен на излекување, поттикнуваат развој на програми за локално-ориентирана душевна здравствена заштита. Во текот на 60-тите години од 20-от век, овој модел на услуги за душевно здравје на ниво на заедница се појавува во форма на душевни центри во заедницата, но од неодамна, се забележува тренд на вклучување на примарната здравствена заштита во грижата за душевното здравје.

Службите за душевно здравје треба да бидат интегрален дел од други здравствени и општествени служби во заедницата. На пациентите треба да им се овозможи помош во која било од овие служби. Соодветната грижа за еден пациент ќе бара вклучување на повеќе служби одеднаш, заради што е потребна подобра меѓусекторска соработка на здравствените служби и обука на персоналот во локалните установи за препознавање и справување со основните потреби на душевните болни.

Локално-ориентираната душевна здравствена заштита е програмски пристап кој овозможува поврзување на примарната заштита со болниците и душевните институции, и вклучува социјална поддршка, рехабилитација

литација и превенција. Овие услуги треба да се развиваат и да функционираат поврзани во мрежа, со цел да се обезбеди соодветно ниво на грижа за поединецот во заедницата, во секоја фаза на болеста.

Се разбира, овој програмски пристап ќе има различна форма во големите градови, во споредба со помалите населени места. Службите треба да бидат дизајнирани според соодветното окружување и да бидат лесно разбирливи, особено за пациенти со акутни потреби, како и за пациенти со потреба за долгорочно лекување, најдобро во рамките на заедницата. За надминување на кризите на пациентот или во семејството, може да се јави потреба од хоспитализација на пациентот за одредено време, а за тоа најсоодветна би била локалната болница или установа, како дел од овој систем.

Локално-ориентираната душевна здравствена заштита подразбира вклученост на примарни здравствени работници, кои се спремни и способни за препознавање и справување со душевни проблеми. На ова треба да се надоврзат дополнителни служби на психијатри, психолози, социјални работници и лица од заедницата, обучени за помагање на душевно болни, особено во малцинските групи или други групи со специјални потреби. За ова се потребни активни образовни и организациски напори за поврзување на постоечките специјализирани душевни установи со примарната заштита. Лекарите и другиот кадар во примарната заштита треба да се обучуваат во насока на препознавање и справување со различни душевни нарушувања, како на пример состојби на нарушено расположение или анксиозност. Примарните здравствени работници и програмите за контролирана грижа треба да прават процена на потребите на ризичните групи, како што се жени во менопауза или лица пред пензионирање, како и начините на грижа кои не може да бидат обезбедени само со посредство на специјализирани установи. Во исто време, постоечката превенција и лекување не можат да функционираат без поддршката на специјализираните служби за душевно здравје. Тие се меѓусебно зависни. Изградбата на мрежа на услуги во заедницата ќе бара изнаоѓање нови начини на заедничко работење, со мултидисциплинарен кадар во иста установа, или пак во установи со тесна координација.

### **Превенција и унапредување на здравјето**

Превенцијата на ваков вид проблеми подразбира работа со ризични групи и групи со слични проблеми каде само-помошта или групната поддршка се можеби најефикасна форма на терапија. Ваквата терапија користи разнородни средства, од кои се согледува дека општественото, физичкото и душевното здравје се меѓусебно поврзани. Идентификација на лица кои се изложени на ризик од растројство, самоубиство или насилство, бара високо ниво на информираност кај наставниците, лекарите, социјалните работници, воениот персонал, работодавците и јавноста. Меѓу многуте примери за групи за поддршка и групна терапија припаѓаат Анонимен алкохоличар и слични на неа, Ал-Анон за членови на семеј-

### РАМКА 7.3 ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА НА ЗАЕДНИЦАТА ЗА ДУШЕВНО ЗДРАВЈЕ

1. Целна популација, вклучувајќи и обврска за давање максимална грижа кон значително онеспособените во заедницата;

2. Психијатриски оддели во општите болници, во дослук со заедницата, каде ќе бидат обезбедени легла за следење (барем 48 часа), дневни легла, интервенција во кризни состојби и оддели за детоксикација;

3. Психијатриски болници за посериозни душевни нарушувања (на пр. деменција, оштетување на мозокот, параноична или регресивна шизофренија); обезбедувањето легла за овие болести и натаму е во опаѓање, но како замена за овој процес, потребен е добро развиен систем за прифаќање на овие лица во заедницата;

4. Континуитетот на грижата е важен момент за да се осигура одржување на константна состојба кај хроничните душевно болни, со индивидуализирана грижа, процена на потребите, планирање и следење;

5. Следење на коморбидитет, на пр. употреба на дрога со постоечка психопатологија;

6. Интеграција на душевно-здравствените услуги со примарната и другите елементи на здравствена заштита;

7. Консумеризмот и застапувачките групи помагаат во дефинирање на потребната поддршка на душевно болните од пријателите и семејството, групи за само-помош, одржување на приходите, преквалификација и вработување, соодветно домување и социјална поддршка;

8. Замена на зависноста со програми кои го поттикнуваат осамостојувањето;

9. Психијатриската епидемиологија обезбедува голем број докази за распространетоста на душевните болести и нуди можност за споредба на трошоците со придобивките од одредени методи на лекување;

10. Програмите на заедницата вклучуваат заедничко домување, домашни услуги, служби за поддршка на пациентот и семејството, со посебен осврт на културните и организациски потреби на некои малцинства или други групи со специјални потреби;

11. Лекување на откриените случаи од страна на мултидисциплинарни лекарски тимови, со специјалистичко и болничко лекување;

12. Долготраен престој во организирани престојувалишта во заедницата, со обезбедени терапевтски услуги и домашна атмосфера, центри за дневен престој.

ствата на алкохоличари, програми за рехабилитација од дрога, групи за лекување на синдром на прејадување и други навики во исхраната, Анонимен шизофреничар и Националната асоцијација на душевно болни (НАМИ) која ги застапува интересите на семејствата на душевно болни лица и претставува група за поддршка при загуба на некој близок.

Главна цел на програмите за превенција е намалување на можноста за напредување на душевната болест до потешки фази, во кои може да се јават уште посериозни последици на растројство. Општествените фактори во заедницата се витални за одржување на душевното здравје. Превенцијата на душевни состојби вклучува многу аспекти на грижата за пациентот на примарно, секундарно и терциерно ниво. Унапредувањето на душевното здравје вклучува информирање на јавноста за здрав начин на живот, односно активност, одмор, рекреација и социјализација, како и за опасностите од злоупотреба на материи. За поттикнување на социјализацијата кај младината и постарите лица, треба да се понудат специјални програми на социјални активности. Секундарната превенција подразбира навремено откривање и лекување, а терциерната - справување со долготрајни душевни болести преку соодветни системи за поддршка во заедницата.

Во примарна превенција припаѓаат и превенцијата на недостатоци во исхраната (на пр. јод, железо и витамини), намалување на загадувањето на животната средина (на пр. олово), намалување на општественото и образовното ограничување (на пр. образование на деца во соседства со високи стапки на криминал/зависност од дрога), поттикнување на програмите за децата на предучилишна возраст, поттикнување на системи за поддршка на семејствата (на пр. самохрани родители), обезбедување поддршка за квалификација и вработување (на пр. мајки-тинејџерки), поддршка за изнемоштени лица и инвалиди (на пр. социјална заштита), насочени активности против семејно и општествено насилство (на пр. домашно, шовинистичко и училишно насилство) и подигање на свеста кај професионалниот кадар за подобра соработка на ова поле (на пр. образовен и здравствен систем).

Секундарната превенција подразбира интервенција во кризни ситуации од страна на обучени професионалци/парапрофесионалци од примарната заштита, ослободување и поддршка на жртви на злоставување (на пр. прибежишта), навремено дијагностицирање на душевни состојби (скрининг, навремено упатување во специјализирани установи од страна на полицијата, судовите, училиштата, болниците, воениот персонал и работодавците), ефикасно лекување и следење, во соработка со лицата ангажирани во локално-ориентираната душевна здравствена заштита, зголемен број и достапност до тимови и служби за справување со кризни ситуации, употреба на постоечките установи (на пр. болници) за детоксикација и интервенција во кризни ситуации, дефинирање на целите и квалитетот на обезбедената заштита и обезбедување континуирано следење на лекуваните случаи.

Терциерната превенција подразбира одржување контакти со пациентите заради следење на нивната медикаментна терапија, расположение, активност, семејни и општествени врски; обезбедување поддршка и упатување во специјализирани установи; обезбедување континуитет во следењето на лекуваните пациенти; помагање на пациентот да ги користи постоечките системи за поддршка во заедницата, заштита/рехабилитација на пациентот, семејството и заедницата во однос на штетите од нарушувањето (на пр. зависност од дрога); промовирање независност и само-помош; обука и обезбедување постојана едукација на здравствените работници, пациентите, семејствата и заедницата.

Истражувањата во сферата на душевните заболувања отвараат нови хоризонти за лекување на клиничките психијатриски состојби, заедно со подобрата информираност во заедницата дека душевните болести се реална и излечива појава. Психотерапевтските средства и психотерапијата ефикасно делуваат преку подобрување на абнормалната мозочна функција кај пациентот. Потребни се поопширни истражувања на врската меѓу мозочната функција и однесувањето. Новите сознанија помагаат и во дефинирање на улогата на генетските и еколошките фактори во оформувањето на мозочната функција и однесувањето. Големите напредок на неврологијата и генетиката им помага на биомедицинските науки во проучувањето на нормалната и патолошката функција на мозокот, како и во наоѓање нови методи за лекување на душевните заболувања. Ова значи нова надеж за милиони лица и нивните семејства кои страдаат од инвалидизирачките ефекти на душевните нарушувања.

## ДУШЕВЕН ИНВАЛИДИТЕТ

Според СЗО, душевниот инвалидитет се смета за состојба на онеспособеност поради нарушената способност за осознавање. Во светот, науката и здравствената практика воспоставиле различна терминологија. Затоа, од суштинско значење е правилното дефинирање на поимот душевен инвалидитет, во кој се вклучени основните концепти на интелектуална онеспособеност, нарушена способност за учење и душевен инвалидитет или ретардација:

1. Интелектуална онеспособеност: ниско ниво на интелигенција, според развојни тестови (IQ). Опсегот на онеспособеност, според МКБ-10 е даден во табела 7.3.

2. Нарушена способност или функција за учење: специфично нарушување, како дислексија, која не е поврзана со интелигенција и бара проценка од специјалист во оваа област, односно поддршка во учењето.

3. Душевен инвалидитет: се градира според степенот на онеспособеност за општествена адаптација, што е во врска со прифаќањето и приспособувањето на инвалидите во општеството.

Терминот душевен инвалидитет подразбира широк спектар причини и со нив поврзани состојби. Меѓу нив припаѓаат и органски невролошки

нарушувања, генетски наследени карактеристики и ограничен развој или образование. Други фактори што исто така влијаат во приспособувањето на душевните инвалиди во општеството се однесуваат на структурни

ТАБЕЛА 7.3 Дијагностички категории на душевни и бехавиорални нарушувања според Меѓународната класификација на болестите (МКБ-10), Ф00-Ф99<sup>a</sup>

Дијагностичка категорија	МКБ-10 шифра	Клинички карактеристики
органски, симптоматски, душевни нарушувања	Ф00-09	душевно нарушување поради оштетување на мозокот, интоксикација или траума (пр. Алцхајмерова васкуларна деменција)
душевни и бехавиорални нарушувања поради употреба на психоактивни материи	Ф1-19	употреба на опијати, седативи, алкохол, марихуана, кокаин, халуциноген, испарливи материи и други дроги и психоактивни материи
шизофренија, шизотипни и дилузионни нарушувања	Ф20-29	делузиони психотични и шизоафективни нарушувања
нарушувања на однесувањето (афективни)	Ф30-39	манични, биполарни и депресивни состојби
невротски и соматоформни нарушувања, поврзани со стрес	Ф40-49	фобии, анксиозност, опсесивно-компулсивни нарушувања, реакции на стрес, дисасоцијативни, соматоформни и други нарушувања
бехавиорални синдроми поврзани со психолошки нарушувања и физички фактори	Ф50-59	нарушувања на јадењето, спиењето, сексуално и други видови однесување
нарушувања на возрасната личност	Ф60-69	збир на различни синдроми на нарушување на личноста, меѓу кои патолошки навики, нарушен однос кон половите и нарушен сексуален интерес (педофилија, воајеризам исл.)
ментални ретардации	Ф70-79	слаба, умерена, тешка и многу тешка
нарушувања на физиолошкиот развој	Ф80-89	говор и јазик, моторни, развојни и нарушувања во учењето (пр. аутизам)
бехавиорални и емоционални нарушувања кои најчесто се јавуваат во детството и адолесценцијата	Ф90-99	хиперкинетско однесување, емоционални нарушувања и социјална дисфункција
неспецифични душевни нарушувања	Ф99	

Извор: American Psychiatric Association, 1994, *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth edition, во соработка со СЗО.

<sup>a</sup>Претходната класификација на душевните нарушувања, според Американската психијатриска асоцијација (АПА) ги вклучува најважните категории на зависност од алкохол или дрога, фобии, голема депресија, опсесивно-компулсивни нарушувања, антисоцијална личност, панично однесување, шизофренија, манија и соматизација. Сегашната класификација (DSM-IV) е изработена во соработка со СЗО и е многу слична со МКБ-10.

турата и ориентацијата на службите за поддршка, професионалната спремност и обученост, присуство на програми за обука и вработување на инвалидни лица, општествени и културолошки очекувања, односи во потесното и поширокото семејство, како и законската регулатива за здравство, социјална заштита, образование и вработување.

Многу состојби кои се поврзани со душевен инвалидитет може да бидат спречени. Превенцијата може да се категоризира во три области:

1. Превентивни постапки пред забременување, кои вклучуваат програми за здравствено образование за минимизирање на застапеноста на наследни болести кај семејства со историја на душевни заболувања. Ова подразбира вакцинација против рубеола, соодветна исхрана, престанок со пушење пред бременост, како и генетски скрининг и советување. Други мерки насочени кон превенција на душевните болести пред забременување се: намалување на штетните влијанија во животната средина, како дрога, хемиски средства, радијација и превенција на рубеола.

2. Превентивните постапки во бременост и раѓање се однесуваат на следење на нутриционалниот статус на бремената жена, каде припаѓаат и дополнување на исхраната со фолна киселина, превенција на сидеропенична анемија и недостаток на јод пред и во текот на бременоста; минимизирање на штетните влијанија врз фетусот со откажување од алкохол, дрога и пушење во тек на бременоста; скрининг за фетални аномалии, поврзани со ментална ретардација; добра пренатална грижа за избегнување можни повреди на фетусот, аноксија и траума при раѓање; добра неонатална грижа за превенција на аноксија и витамин К-зависни интракранијални хеморагии; следење на фетусот во текот на породилните болки.

3. Превентивните постапки по породување вклучуваат вакцинација против заразни заболувања кои можат да предизвикаат мозочни оштетувања; скрининг за фенилкетонурија, хипотиреоидизам, конгенитални и други вродени метаболитички грешки; следење и третман на откриените вродени недостатоци; добра грижа и исхрана на доенчето, емотивна поддршка и исхрана, неопходни за правилен психомоторен развој на детето; стратегии за намалување на несреќите и нивните последици.

Подобрената информираност за исхраната, факторите на ризик во бременост и современата технологија овозможуваат антенатална детекција на фетални аномалии и идентификација на генетски ризични состојби, со што драстично се намалува појавата на ментална ретардација. Појавата на Даунов синдром може да се намали со планирање на семејството и избегнување бременост во повозрасни години, или употреба на постоечките скрининг методи и амниоцентеза. Лицата со Даунов синдром можат многу повеќе да научат и да се вклопат во општеството отколку што се мислеше пред само една деценија.

Приспособувањето на душевно инвалидизирани лица кон животот и интеракцијата со заедницата е дел од нивната рехабилитација. Прифаќањето и поддршката од политиката, заедницата и семејството се неопходни за обезбедување соодветни животни и работни услови за егзистен-

ција на оваа популациска група. Јавното здравство може да се осврне на прашања врзани со вклопувањето на оваа група во неинституционални услови, односно во заедницата. За ова е потребно активно вклучување и едукација на работодавците, јавноста и се разбира, здравствената заедница.

## ЗДРАВЈЕ НА УСТАТА

Во некои земји, зборот стоматологија се користи за орално здравје, а доаѓа од грчкиот збор стома, што значи уста. Оралното здравје е важен елемент на општата здравствена состојба и ги засега сите луѓе. Лошото орално здравје може да предизвика болка и да оневозможи правилна исхрана. Болестите на устата може да резултираат во загуба на забите и скапо лекување, кои сепак може да се спречат. Во екстремни случаи, болестите на устата може да доведат до остеомиелит, мозочен апсцес, системска инфекција и смрт. Јавното здравство игра клучна улога во оралното здравје бидејќи може да понуди значајни превентивни мерки; меѓу нив и здравствена едукација за орална хигиена, флуорирање на водата за пиење и запазување на поставените стандарди за квалитет на услугите во стоматолошката професија.

И древните општества се соочуваат и справуваат со стоматолошки проблеми, давајќи си објаснување дека во забите се развиваат “нематоди”. Египетските мумии носат докази за лекување на забите. Хипократ, а подоцна и Ибн Сина (Авицена) зборуваат за хигиената како превенција на забни болести. Во 1672 година, руските воени лекари се обучени за лекување заби во армијата. Забоздравствената техника е дел од општата медицинска практика, но на крајот на 17-от век се одвојува како посебна гранка. Францускиот хирург Пјер Фошар (Pierre Fauchard) (1678-1761), опишува 130 болести на устата и забите и се смета за татко на современата стоматологија.

Во 1736 година, прв пат се употребени вештачки златни забни навлаки. За полнење на забните шуплини, прв пат се употребува сребрен амалгам во 1819 година. Хорацио Велс (Horace Wells) е познат по воведувањето азотен оксид како забна анестезија во 1844 година, кој заедно со етерот, станува брзо прифатен во општата медицинска практика. Во 1855 година се изработени првите специјални цементни смеси за полнење на забните шуплини. Дупчалката за заби датира од 1870 година. Четири години подоцна, откриено е дека флуоридот спречува забен кариес. Во 1942 година, Одделот за дентално здравје на САД, известува дека во студиите во 13 града е најдено дека флуорот во мали количества спречува кариес, додека во големи количества предизвикува флуороза. Во 1946 година, направени се студии за градовите Гранд Рапидс во Мичиген, Кингстон во Њујорк и Брантфорд во Онтарио, каде флуорот се администрира преку водата за пиење. Добиените резултати се споредувани со градови каде водата за пиење не е флуорирана



и согледано е дека флуорот го намалува настанувањето забен кариес за 48 до 78%. До 1999 година, 144 милиони Американци користат флуорирана вода за пиење, со оптимални нивоа на флуор од 0,7-1,2 ppm.

Во земјите во развој, со подобрување на животниот стандард се зголемува консумирањето слатки и чоколади, што предизвикува влошување на денталното здравје кај децата. Давањето зашекерена вода или чај на доенчиња е практика во некои делови на светот, но треба да се обесхрабруваат ваквите навики. Една од мерките на превенција на забниот кариес е едукацијата на родителите за влијанието на шеќерот врз забите.

Главните проблеми кај оралното здравје се забниот кариес, парадентоза, неправилно затварање на горната и долната вилица и рак на усната празнина. Сите овие состојби придонесуваат за губење на дентицијата, што влијае на општото здравје. Важни мерки за превенција на забниот кариес и парадентозата се флуорирање на водата за пиење, едукација за орална хигиена, намалување на внесот на шеќер кај децата, редовна забна нега и употреба на разни средства за заштита на забите. Хранењето и заспивањето на бебиња со зашекерена вода или чај може да предизвика забен кариес од најраното детство. Забната хигиена со редовно миење на забите по секој оброк, употреба на забен конец и редовна посета на стоматолог се главните аспекти на денталното здравје и треба да прераснат во дел од домашното и училишното здравствено образование.

### **Флуорирање**

Флуорирањето на водата за пиење ја намалува појавата на забен кариес и екстракција кај деца и возрасни за околу 60%. Во повеќето водни ресурси, флуоридите се природно застапени. Во концентрации од 1 ppm, флуорот спречува појава на забен кариес. Ова е една од најефикасните мерки на јавното здравство. Флуорирањето мора да биде контролиран процес, поради фактот што големите количества флуор во водата за пиење предизвикуваат флуороза, што се манифестира со дамкавост и кртост на забите. Добрата јавно-здравствена практика треба да обезбеди соодветно флуорирање во дозволените вредности, за намалување на забниот кариес, но и за избегнување на високите количества флуор во водата.

Други методи за администрација на флуор се таблети, води за уста, пасти за заби или збогатување на солта и млекото со флуор. Флуорните таблети се корисна превентивна мерка за здравјето на детето во области без соодветно флуорирање на водата; сепак, најисплатлив метод е флуорирање на водата за пиење. Трошоците за флуорирање на водата за пиење зависат од големината на заедницата; во САД се движат од 12 до 21 цент по жител годишно во заедници со повеќе од 200.000 жители, до 0,60 - 5,41 УСД во помалите населени места.

Во многу земји, флуорирањето на водата е предмет на политичко и емотивно несогласување. Поради ова, оваа значајна јавно-здравствена мерка е нецелосно прифатена во светот. Од ден на ден, станува сè по-

прифатена. Флуорирањето на водата за пиење е прифатено во сите поголеми градови во САД. Од вкупното население, во САД 60% се снабдува со флуорирана вода за пиење. Една од здравствените цели на САД за 2000 година се однесува на обезбедување флуорирана вода за пиење на најмалку 75% од населението (од 62% во 1989 година). До раните 90-ти, повеќе од 20 сојузни држави веќе ја имаат постигнато оваа цел. Втората цел е 50% од децата во флуор-дефицитарни области да се снабдуваат со флуорирана вода од училишни системи за водоснабдување. Последната цел се однесува на оралната хигиена, според која 65% од децата треба да знаат да одржуваат хигиена на устата и да добиваат соодветни забоздравствени услуги.

Во земјите кои нашироко го прифатија флуорирањето на водата во последниве неколку децении, се забележува намалување на појавата на забен кариес. Во светот, околу 210 милиони лица добиваат соодветно флуорирана вода за пиење. Во областите каде флуорирањето на водата е неприфатено, значајни јавно-здравствени мерки за превенција се здравствена едукација, флуорни таблети и води за уста, и посета на заболечар за контрола, чистење и лекување. Во поново време, од 70-тите години од 20-от век, дентални апликации на флуор и пластични маси за спречување на пенетрацијата на кариесни организми се покажаа како ефикасна превенција и лекување.

### **Парадентоза**

Болеста на оралните ткива кои ги придружуваат забите, се нарекува парадентоза. Придружното воспаление на гингивата или непца се проширува до периодонтните лигаменти и предизвикува губење на потпорната коска. Ако контролата не е навремена, забите почнуваат да се клатат и мора да се екстрахираат. Главниот фактор за развој на парадентозата е лошата хигиена на устата, особено формирање забни наслаги. Превенцијата на оваа болест се состои во редовна хигиена на устата, миење заби и употреба на забен конец и анти-плак води за уста.

### **Дентална заштита**

Трошоците за забоздравствена заштита во САД се зголемиле од 2 милијарди во 1960, на 13,3 милијарди во 1980, односно 47,6 милијарди американски долари во 1996 година. Сепак, во рамките на вкупните здравствени трошоци, процентот на забоздравствена заштита опаѓа од 7,3% во 1960, на 5,4% во 1980 и 4,6% во 1996 година. Со драматичното намалување на денталниот кариес кај деца во 60-тите во индустријализираните земји, се јавува тенденција на користење скапи забоздравствени процедури. Во исто време, беше преиспитуван бројот потребни стоматолози, наспроти постојаните апели во 60-тите за зголемување на капацитетот и бројот на стоматолошки училишта во западните земји. Забоздравствената заштита е скапа и презаситеноста со обучен кадар нема секогаш да влијае врз намалувањето на цените заради конкурентност.

Производството на стоматолози е директно зависно од побарувачката на услуги, па во САД меѓу 1985 и 1996 година, бројот на стоматолошки училишта се намалува од 60 на 53, односно бројот дипломирани од 5400 во 1985 година, на 3700-3800 годишно во периодот 1993-1996 година.

Посетата на забелекар заради превенција, чистење или обновување е ретка појава, пред сè поради економските ограничувачки фактори и недостатокот на обучен кадар во многу земји. Во САД, за лица над 25-годишна возраст, годишните посети на забелекар се зголемиле од 54% во 1963 година на 61% во 1993 година, но се разликуваат во возраст, години стекнато образование, економски статус и пол (жените почесто одат на забелекар од мажите). Во 1988 година, болестите поврзани со денталното здравје чинеле 6,4 милиони денови на онеспособеност, 14,3 милиони денови ограничена активност и 20,9 милиони загубени работни дена. Многу земји со универзално здравствено осигурување не го вклучуваат денталното здравје во пакетот обезбедени услуги, главно поради високите трошоци.

Програмите за дентална грижа во училиштата и заедницата треба да вклучуваат едукација, програми за употреба на води за уста онаму каде водата не се флуорира и редовни контролни посети на забелекар. Употребата на дентални пластични маси за пресвлекување на забите кај бебиња при појава на првите (6-8 години) и вторите катници (12-14 години) е безбеден и ефикасен начин за превенција на кариес и треба да се применува во области каде не постои природно или дополнително флуорирана вода.

Во земјите каде забоздравствената практика е дел од националното здравство осигурување, како во Велика Британија, иницијативите за флуорирање на водата за пиење и програми за обезбедување води за уста и други забозащитни средства во училиштата се мерки за намалување на ресторативната стоматологија, а со тоа и на стоматолошкиот кадар и трошоци. Во Нов Зеланд и делови на Канада, со голем успех работат училишни програми за дентална хигиена, каде стоматолошки сестри помагаат во лекување, орална хигиена и едукација на децата за основите на денталната хигиена, кои вообичаено не се добиваат во приватните стоматолошки клиника.

### **Рак на усната празнина**

Контролата на ракот на усната празнина е главно преку навремено откривање, како и едукација на јавноста и обука на здравствените работници за препознавање на епидемиологијата и симптоматологијата на оваа група болести. Сите сомнителни лезии треба да бидат предмет на биопсија, особено кај високоризичните групи, како на пример мажи над 40 години, кои интензивно пушат и пијат алкохол. Во превенцијата важен чекор е едукација за значењето на факторите на ризик и нивно намалување. Факторите на ризик се: пушење (особено луле и пури), консумирање големи количества алкохол, цвакање тутун и лоша орална хигиена.

## ФИЗИЧКИ ИНВАЛИДИТЕТ И РЕХАБИЛИТАЦИЈА

На инвалидизираниите лица им е потребна долгорочна грижа. Оваа потреба само делумно може да биде задоволена во болнички услови; најголемиот дел од грижата пациентот ќе ја добие од своето семејство и во рамките на заедницата. Професионалните здравствени работници, како физиотерапевти, дефектолози и друг медицински и болнички персонал треба да бидат дел од службите за поддршка. Висококвалитетната рехабилитација во заедницата треба да ги содржи следниве компоненти:

1. Правење целосна проценка на сите инвалидизирани лица и нивните потреби, заради оформување соодветни системи за поддршка;
2. Изработка на јасен план за грижа и нега;
3. Обезбедување средства и мерки за изведба на планот за грижа и нега.

Постоењето на различни видови инвалидизирачки состојби го прави полето на помош и поддршка многу широко и комплексно. Во многу земји, легислативата и услугите за инвалидизираниите лица се развивале постепено, најчесто преку лобирање на поборниците за социјални реформи. Во поново време, овие лобирачки групи се составени од самите инвалидизирани лица.

Неколку чекори зборуваат за постепеното напредување на ова поле: Декларацијата на ОН за правата на инвалидизирани лица (1975), СЗО - Меѓународна година на инвалидизирани лица (1981), ОН - Деценија на инвалидизирани лица (1983-1992); притоа, направена е ревизија на целокупната законска регулатива за инвалидизирани лица во земјите-членки на СЗО Европскиот регион.

СЗО проценува дека во светот има околу 450 милиони инвалидизирани лица, или 10% од населението на која било држава. Во основа, оваа цифра е еднаква на населението над 65-годишна возраст, или население меѓу 0 и 4 години во земјите во развој. Постарите и децата под 5-годишна возраст, добиваат особена здравствена нега и социјална грижа. И покрај направениот прогрес, инвалидизираниите лица во најголем број земји сè уште не се толку високо на приоритетниот список како овие две популациjsки групи. СЗО започна кампањи за подигање на политичката и професионална свест за проблемите и незадоволените потреби на инвалидизирани лица, со акцент на превенција и рехабилитација.

Принципите што се општо прифатени во многу европски земји, се темелат на идејата дека превенцијата на инвалидните состојби е еден од основните елементи на сеопфатниот пристап, во кој влегуваат и главните елементи на јавното здравство: примарна превенција (спречување појава на болест или повреда), секундарна превенција (при несреќен случај, намалување или спречување на последиците кои може да доведат до инвалидитет) и терциерна превенција (рехабилитација на пациентот за враќање на најголем дел од физичката, психичката и општествената функција). Превенцијата на инвалидни состојби при раѓање, предвреме-

но породување или повреда е една од поактуелните теми на кои треба да се осврне јавното здравство.

Многу земји имаат создадено законска основа, активности и програми за инвалидизирани лица, каде припаѓаат и превенција на инвалидитет, намалување на компликациите, физичка и општествена рехабилитација, вработување, како и системи за поддршка и инвалидски надомест. Во повеќето земји се јавуваат потешкотии во координацијата на политиката, услугите и системите за поддршка.

Во повеќето земји најголемо внимание се посветува на инвалидизирани лица од медицински и професионални повреди или несреќни случаи: ветерани и жртви на граѓански војни, наглувост, слепило, душевен инвалидитет, душевно болни и други. Покрај медицинска, рехабилитациска и превентивна здравствена заштита, националните програми вклучуваат и инвалидски надомест, законски права, нормално и специјализирано образование, квалификација, работа во посебни или нормални услови, приспособено домување и околина, комуникации и транспорт, спорт и рекреација и групи за само-помош.

Превенцијата на сообраќајни незгоди, незгоди на работно место и изложеност на токсични материи се исто така дел од националната агенда. Некои земји имаат јасно дефинирани цели со мерливи индикатори за направениот прогрес, најчесто во однос на смртни случаи, повреди итн. СЗО Европскиот регион, во 1985 година изјави: “До 2000 година, смртните случаи од несреќи во Европскиот регион треба да бидат намалени за најмалку 25%, преку засилени напори за намалување на сообраќајните, домашните и професионалните незгоди” (СЗО, Европски регион, 1985).

И во Велика Британија, големо внимание се посветува не само на деталната законска регулатива за социјална заштита и системите за поддршка, туку и на виталната улога на превенцијата. Тука припаѓаат фактори поврзани со исхрана и збогатување на основните прехранбени производи со витамини и минерали, намалување на пушачката навика, превенција на ниска телесна тежина кај новороденчиња и перинатална смрт, контрола на заразни заболувања, заштита при работа, превенција на незгоди и законска регулатива за инвалидски надомест за душевно болни и инвалидизирани лица. Националниот здравствен сервис се преориентира на децентрализирано раководење преку регионални здравствени системи. Организацијата на законската регулатива за инвалидизирани лица исто така еволуира во оваа насока, на некој начин враќајќи се на локалната администрација од Елизабетанските закони за сиромашните.

Данската програма за хендикепирани лица еволуира преку социјалната легислатива во последните 100 години, особено со Законот за јавно помагање од 1933 година. И во оваа земја постојат голем број законски документи и програми за хендикепираните лица. Како и во Велика Британија, и во Данска постои тренд за враќање на одговорноста и грижата за инвалидизирани лица, од централната на локалните и регионалните власти, со поддршка од национални организации и националната влада.

Намалувањето на процентот новороденчиња со ниска телесна тежина од 5% на 4% во последните десетина години во Финска, делумно се должи на 99% застапеност на лекарски персонал при породување во родилицата и акушерските клиники. Финските бремени жени во просек посетуваат лекар 12 пати во антенаталниот и постнаталниот период. Како стимулација, оние кои ќе посетат лекар во првите 4 месеци од бременоста, ќе добијат еднакратна помош од 125 американски долари.

Франција има добро разработен систем кој, исто така, става голем акцент на превенцијата. Само за пример, големо внимание се посветува на превенција на ниска телесна тежина кај новородените преку прена-

#### РАМКА 7.4 ПРИНЦИПИ НА НАЦИОНАЛНАТА ЈАВНО- ЗДРАВСТВЕНА ПРОГРАМА ЗА ИНВАЛИДНИ СОСТОЈБИ

1. Политичка обврска на национално, државно и локално ниво;
2. Повеќесекторска вклученост на релевантни владини агенции и НВО, медиуми, професионални групи, правници, црквата, академски и приватен сектор;
3. Употреба на законска и извршна моќ и психолошко влијание;
4. Сеопфатност на пристапот;
5. Пристап ориентиран кон превенција;
6. Пристап ориентиран кон обновување на физичката, психолошката и социјалната функција;
7. Поттикнување на целосна партиципација и еднаквост на хендикепираните во општеството;
8. Поттикнување на прифаќањето на инвалидизираниите во општеството;
9. Поттикнување на вклопувањето во заедницата наспроти институционалната грижа;
10. Прераспределба на средствата кон активностите во заедницата за прифаќање и поддршка;
11. Одговорност на локално ниво;
12. Координација, поддршка и финансирање на национално ниво;
13. Учество на инвалидизираниите во процесот на одлучување, во однос на нивните потреби;
14. Поттикнување на образование, вработување, домување и служби за поддршка;
15. Дефинирани законски, финансиски и социјални права;
16. Општествени придобивки и надомест без оспорување.

тална грижа уште во раната бременост, задолжителни 20 прегледи на детето од раѓање до 6-годишна возраст, од кои 9 во првата година од животот. Скринингот за метаболички нарушувања се врши за таласемии, хемофилија и српеста анемија. Голем акцент се става на интеграцијата на децата со специјални потреби во нормалното образование и на општествената интеграција на хендикепираните. Системот на додатоци и надоместоци се надоврзува на овие цели. На пример, за стекнување право на детски додаток, неопходно е посетување лекар во пренаталниот и постнаталниот период.

Ситуацијата на хендикепираните во Русија заслужува заедничка ревизија од страна на Министерството за труд и социјална политика и Министерството за здравство. Главните прашања во превенција на инвалидитетот се поврзани со високите стапки на насилство, убиства и самоубиства, труења и индустриски или сообраќајни незгоди. Покрај високите стапки на морталитет, овие незгоди предизвикуваат и голем број повреди и траен инвалидитет. Превенцијата на ниска телесна тежина кај новородените (кој моментно се движи околу 7%), перинатален морбидитет и морталитет ќе придонесе за намалување на стапките на смртност на новороденчиња во Русија, моментно двојно поголеми од останатите индустрисјализирани земји, како и стапките на инвалидност.

ТАБЕЛА 7.4 Негативни ефекти од повреди, САД, 1995

Епизода	Број на случаи
смртни случаи	147.891
болнички исписи	2.591.000
итни случаи	36.961.000
пријавени повреди	59.127.000

Извор: *Health, United States*, 1996-1997

Здравствената цел на САД за 1990 година во однос на жртви на сообраќајни несреќи е 18 лица на 100.000 жители. Оваа цел е постигната со постојано намалување на стапките на смртност од оваа категорија, и тоа од 27,4 во 1970, 18,5 во 1985, до 16,2 на 100.000 жители во 1996 година. Од друга страна, смртноста од убиства се зголемува од 5,4 во 1960 на 10,7 во 1993 година, за потоа во 1996 година да се намали на 8,5 на 100.000 жители. Бројот смртни случаи од огнено оружје се зголемува од 1,8 во 1980 на 15,6 на 100.000 жители во 1993 година, но опаѓа на 12,9 во 1996 година. Следењето на повредите во САД се врши преку повеќекратни системи, меѓу кои и Националниот центар за здравствена статистика, Националниот систем за витална статистика, Националната анкета на болничкото и амбулантното лекување, Националната анкета за здравјето на населението, Националната анкета за следење на болничките исписи и центрите за контрола и превенција на болести. Негативните ефекти од повреди во САД (табела 7.4) се навистина високи вредности.

Направен е напредок во развојот на национални програми за превенција, грижа и услуги за хендикепираните. Размената на искуства од различни земји е чекор напред во изработката и спроведувањето ефикасна програма за превенција на повредите и интеграција на хендикепираните во општеството. Дел од ова, секако, претставува и ревизија на законската регулатива, воведување нови медицински и терапевтски средства и технолошки иновации.

## ЗДРАВСТВЕНИ ПОТРЕБИ НА СПЕЦИЈАЛНИТЕ ГРУПИ

Во секое општество постојат групи лица кои имаат специјални здравствени потреби. Вообичаено, за функционалноста на општеството се суди преку неговата грижа за неговиот народ, затвореници, бездомници и други. Овие групи може да бидат изолирани од општеството поради разни историски, етнички, законски или економски услови. Овие групи бараат специјално внимание за решавање на нивните проблеми, поради нивната чувствителност, зависност или неможност да дојдат до редовните здравствени служби - или, едноставно, нивните потреби се поголеми или специјални во однос на општото население. Новото јавно здравство треба да игра застапувачка улога, исто како што се залага за специјалните потреби на општото население.

## ЗДРАВЈЕ НА ХОМОСЕКСУАЛНИ ЛИЦА

Се проценува дека околу 10% од населението е хомосексуално или бисексуално. Точните вредности тешко може да се одредат; општествениот став кон хомосексуалноста доведува до непријавување, додека неслучајните студии (на пример, клиники за СПБ) даваат нереални вредности за вистинската застапеност. Исто така, сексуалната наклоност не е секогаш во корелација со сексуалното однесување (70% од хомосексуалните мажи се изјасниле дека имале односи со женети мажи, а 45% од хомосексуалните жени изјавиле дека имале однос со маж). Но, без оглед на вистинските вредности, хомосексуалните и бисексуалните лица претставуваат значителен процент од населението. Во хетерогените општества, како на пример САД, хомосексуалната популација ја рефлектира структурата на населението, во однос на етничка, верска, социоекономска и географска припадност. Затоа, здравствените потреби на хомосексуалното население треба да се разгледуваат во соодветен социјален контекст.

Специфичните здравствени проблеми поврзани со хомосексуалното однесување опфаќаат СПБ, гастроинтестинални инфекции, хепатоцелуларен и колоректален канцер кај мажите, поврзани со орално-анален,



орално-генитален и други неприродни форми на секс. Здравствените проблеми кај хомосексуални жени се однесуваат на висока стапка на рак на дојка, јајници и ендометриум, како резултат на ниски стапки на бременост, доење и орална контрацепција. Хомосексуалните жени посетуваат гинеколог поретко од хетеросексуалните жени, поради што поретко се изложуваат на важни тестови како Папаниколау тест или мамографија. Противхомосексуалното насилство е исто така сериозен проблем за оваа популациона група, исто како и пушењето, алкохолизмот, дрогата, депресиите, самоубиството и кардиоваскуларните заболувања - резултат на стресниот начин на живот во хомофобното општество.

Меѓу најважните и релативно едноставно решливи здравствени прашања е и подобрувањето на здравствената заштита за хомосексуалните лица, кои поради лоши претходни искуства или страв од отфрлање од страна на медицинскиот персонал, не користат здравствени услуги многу често. Студиите покажуваат дека само 10-40% од лекарите во примарна здравствена заштита рутински земаат сексуална анамнеза од нов возрасен пациент, а само 30% не чувствуваат непријатност од хомосексуален пациент. Преку 60% од испитаните членови на Асоцијацијата на хомосексуални мажи и жени, се изјаснуваат дека откривањето на сексуалната ориентација најчесто резултира во супстандардна грижа. Крајниот исход е дека здравствениот систем потфрла во скринингот, дијагнозата и лекувањето на значајни здравствени проблеми со кои се соочуваат хомосексуалците.

Епидемијата на СИДА ги стави на дневен ред прашањата поврзани со сексуалната ориентација, особено кај хомосексуалното население. Сепак, поради ниската застапеност на здравствена едукација во училиштата (само 10% од учениците во САД) и од страна на лекарите во примарната заштита (само 5% од лекарите даваат основни информации за ризично однесување), асоцијациите на хомосексуални лица вложуваат напори за пополнување на информацискиот вакуум. Забележани се големи промени (на пр. зголемена употреба на кондоми кај хомосексуалните мажи во 80-тите), но и натаму треба да се работи на образовни програми на ова поле.

Една од целните групи на која треба да се обрне поголемо внимание се хомосексуалните адолесценти. Според Американската академија за педијатрија (1993), овие тинејџери:

"се значително обесправени со општествено омаловажување и предрасуди, ограничени познавања за човековата сексуалност, потреба за тајност, недоволна можност за отворено социјализирање и ограничена комуникација со здравите примери во општеството. Омаловажени и отфрлени од семејството, другарите, наставниците и другите во заедницата, овие деца може да бараат, но да не најдат разбирање и поддршка од родителите или некој друг... Ваквото отфрлање може да доведе до изолатија, напуштање на домот, бездомништво, домашно насилство, депресија, самоубиство, зависност од дрога и неодговарање на училишните и работните задачи. Може да се јави хетеросексуален или хомосексуален промискуитет, што подразбира проституција (најчесто кај млади кои побегнале од дома), како начин на опстанок".

И така, со секоја нова генерација, исто како и со претходната, отфрлањето од општеството доведува до појава на вакво однесување кај хомосексуалците и хетеросексуалците и отвара можност за нивна социјална изолација и ширење на болести, како што се хепатит Б и СИДА. За прекинување на овој затворен круг, потребни се огромни интердисциплинарни напори, во кои јавно-здравствените работници, примарната здравствена заштита и организациите на хомосексуални лица заеднички ќе играат значајна улога во застапувањето на нивните интереси.

## ЗДРАВЈЕ НА ДОМОРОДНОТО НАСЕЛЕНИЕ

И САД и Канада обезбедуваат здравствена заштита за домородното население, како специјална популациска група, и тоа под специјални агенции на федералната влада. Овие популациски групи најчесто се одвоени од општото население со посебни училишта, правни и здравствени системи.

Индијанската популација во Канада во 16-от век броела околу 222 илјади жители, но болестите, гладот и европските миграциски движења го намалуваат овој број на 102 илјади во 1867 година (конституирање на Канадската конфедерација). До 1941 година домородното население е меѓу 100.000 и 122.000 лица, за во 1988 година да достигне до 443.884 лица. Ова се смета за обновување на племенската енергија, особено по дилузијата за нивно вклопување во општеството, која резултира со трагедии на епидемски алкохолизам, насилство, дрога, проституција и општествена изолација.

Индикаторите на здравствената состојба на канадското домородно население укажуваат на широко распространет алкохолизам во сите возрастни групи - од деца и адолесценти, па натаму. Стапките на употреба на инхалирачки средства (лепак), појава на дијабет, хипертензија и хоспитализација се два пати повисоки од канадските просечни вредности. Во последните неколку децении се забележува намалување на морталитетот кај канадските Индијанци и Ескимите, но разликите со останатото население и натаму остануваат високи. Анкетата за правилноста на исхраната, спроведена во 1973 година, и други дополнителни студии, укажуваат на голем процент болести на недостаток на микроелементи кај Индијанците и Ескимите, и неправилно внесување на витамини А и Д, железо и калциум, при што како резултат се јавува сидеропенична анемија и рахит. Во 1990 година, релативниот морталитет во однос на општото население варира од 5:1 кај доенчиња, до 1,1:1 кај лица над 65-годишна возраст. Најголемите причини за смрт се повреди и труење, болести на циркулаторниот систем, неоплазми и респираторни заболувања. Стапките на самоубиства во возрастната група од 15-24 години се пет до шест пати повисоки од канадскиот просек.

Во 1997 година, морталитетот на доенчиња кај канадското домородно население е двојно повисок од националниот просек, а должината на жи-

вотниот век е осум години покуса од националните вредности. Хроничните болести, како што се дијабет, терминална бубрежна болест, кардиоваскуларни и малигни заболувања, како и заразните заболувања туберкулоза, СПБ и хепатит, се далеку почести кај домородното во однос на останатото население. Позачестени се и физичкото насилство, употребата на алкохол и дрога и друго ризично однесување.

Здравјето на Индијанците и Ескимите е директна федерална обврска и задача; тие не се дел од канадскиот универзален здравствен систем со кој раководи секоја провинција. За нив здравствените услуги ги обезбедува медицинска филијала на федералниот оддел. Во поново време се зборува за децентрализација на здравствените услуги за домородното население, заедно со иницијативите за уставни промени со кои домородните власти ќе бидат признаен дел од власта. Ова, за сега, не е прифатено. Социјалните проблеми на невработеност, слабо образование, консумирање алкохол, распаѓање на семејството и насилство не го одминуваат домородното население во резерватите, а уште помалку канадските Индијанци, кои во потрага по подобар живот, се селат во градовите.

Насилството во САД во војните против домородното население, проследено со насилно концентрирање во резервати и неправедна политика, е далеку посурово од канадските искуства. Од друга страна, обезбедената здравствена заштита и спречувањето општествено отуѓување е можеби помалку ефикасно во Канада одошто во САД, барем во втората половина на 20-от век.

И историјата на обезбедување здравствени услуги за американските Индијанци и домородците од Алјаска, од страна на Владата на САД, има многу проблеми. Од раниот 19 век, здравствената заштита за домородното население е обврска на федералната влада, односно воените лекари до 1849 година, а потоа преминува во надлежност на Бирото за индијански работи, кое е дел од Одделот за внатрешни работи, сè до конечното преземање од страна на Јавно-здравствениот сервис на САД во 1954 година. Здравствениот сервис за Индијанци, формиран како посебно национално тело за здравјето на Индијанците, ги извршува своите обврски преку регионални канцеларии, обезбедува примарна и специјализирана заштита, со сè поголем акцент на учеството и контролата од страна на заедницата.

Во САД, бројот на домородни Американци и Ескимите во 1996 година изнесува околу 2,3 милиони лица. Здравствениот сервис за Индијанци покрива околу 60% од ова население. И покрај подобрените стапки на смртност на доенчиња и вкупна смртност, домородното население и натаму има полоша здравствена состојба од американското население. Лошата исхрана, неисправната вода за пиење, изолацијата и лошите транспортни врски, несоодветното одложување на цврстиот отпад, гојазноста и конзумирањето алкохол се причини кои придонесуваат за далеку покус животен век. Здравствениот сервис располага со 43 болници и 110 здравствени центри и станици. Сепак, здравствените трошоци за Индијанците

се 60-65% од просечните здравствени трошоци за останатото население. Животниот век на домородните Американци се подобрува од околу 60 години во 1950 на 73,2 години во 1989-1991 година. Намалените стапки на смртност на доенчиња и на смртноста од туберкулоза, гастроентерит и акутна респираторна болест, се придружени со намалување на стапките на смртност од алкохол и насилство. Во споредба со неиндијанската популација, распространетоста на дијабет тип 2 е голема и понатаму се зголемува. Феталниот алкохолен синдром е голем проблем кај домородното население, со инциденца од околу 2,7 на 1000 новородени. Стапката на фетален алкохолен синдром кај американските Индијанци е повисока од другите етнички групи во САД. Зголеменото учество на племињата во здравствената заштита резултира со нивна поголема активност во намалување на употребата на алкохол и намалување на насилството. Здравствените цели за 2000 година вклучуваат и намалување на инциденцата на малигни заболувања, смртност на доенчиња и алкохолизам кај овие популациски групи.

Доморотците, порано десеткувани од гладот и акутните инфекции, денес поради алкохолизам, насилство и дијабет, имаат далеку полоша здравствена состојба од обичното канадско или американско население. Федералната администрација и одвоеноста на здравствените услуги од здравствената заштита за останатото население се честопати изложувани на критика и во двете земји. Актуелен тренд е интегрирањето со останатите здравствени услуги и децентрализација на истите со вклученост на заедницата. Главен аргумент е дека федералното финансирање за оваа група е константно, додека вклучувањето на локалните власти и заедницата ќе придонесе за зголемување на трошоците, а со тоа и на користењето здравствени услуги од страна на оваа популациска група на приватниот медицински пазар.

Иднината на домородното население во САД, Канада и други земји, ќе зависи од општествено-економскиот развој, и во голема мерка од локалната самоуправа. Во 1999 година, Канадската влада прогласи самоуправна територија на Ескимите, која има овластување за здравство, општествени услуги, образование, даночење и економски права (на пр. минерали), и многу други надлежности и права, слични со останатите канадски провинции. Ова е еден важен тест за одржливоста на новиот концепт.

Слични проблеми се јавуваат и кај домородното население и во многу други земји, меѓу кои Австралија, Нов Зеланд, Перу и други јужноамерикански држави. Австралиските аборигени страдаат од кардиоваскуларни заболувања, дијабет, терминална бубрежна болест, алкохолизам, вдишување лепак, зависност од дрога, ревматска треска, смртност на доенчиња и деца и општа социјална изолација. Лошото здравје на домородното население е дамка во здравствените извештаи на секоја земја, главно поради непостоење на јасно дефинирана одговорност, надлежност и програми за здравство. Прашањето на здравствениот статус

на домородното население е голем предизвик за Новото јавно здравство, во изнаоѓање начини за обезбедување соодветна превенција и лекување, и што е уште поважно - за намалување на општествените разлики кои придонесуваат за натамошен социјален трулеж и апатија кај ова население.

## ЗДРАВЈЕ НА ЗАТВОРЕНИЦИ

Од средината на 80-тите години од 20-от век, во САД се забележува драстична промена на затворските услови и здравјето на затворениците. Зголемувањето на градскиот криминал, зависноста од дрога, сиромаштијата и придружните епидемии имаа големо влијание врз американските затвореници. Затворските медицински служби се претворени во стационари, соочувајќи се со неможност да ги задоволат потребите на затворениците.

Затворите во САД се растечка “индустрија”, со околу 1,6 милиони затвореници во 1997 година. Меѓу 1985 и 1996 година, населението во државните и федералните затвори се зголемува од 480.568 на 1,1 милиони лица, а затворениците во локалните затвори од 256.615 на 507.044 лица. Во овој период, вкупната стапка на затвореници пораснала од 313 на 615 лица на 100.000 жители. Демографската структура на затвореничката популација се разликува од општото население. Околу 6% од белите мажи се во затвор, додека 23% од црните се под постојана опсервација на корективниот систем. Околу 47% од затворениците се Афро-Американци, од кои голем број се млади и сиромашни.

Во 1970 година, загриженоста за лошата состојба на затворите ги наведе Американската лекарска асоцијација и Американската асоцијација за јавно здравство да направат ревизија на затворските здравствени служби, давајќи препораки и стандарди за овие служби, што на крајот резултира во подобрување на состојбата во многу држави. Затворските здравствени служби прераснаа во професионални единици со многу помало учество на немедицински персонал. Надворешната ревизија и контрола на квалитетот ја врши Американскиот совет за акредитација на здравствените служби.

Лицата во казнено-поправните институции се изложени на зголемен ризик од туберкулоза, поради голема застапеност на СИДА, хепатит Б, латентна ТБ, пренаселеност, лоша вентилација и чести прераспределби на затворениците во институцијата и меѓу институции. Неодамнешната појава на мултирезистентен вид на туберкулоза, значајна од аспект на опортунистички инфекции кај ХИВ-позитивни лица, укажува на сè поголемата потреба од подобрување на контролата на заразни заболувања. Зголемената појава на туберкулоза во Русија во 90-тите години од 20-от век, делумно се должи на масовното ослободување затвореници по перестројката во 80-тите. Во поправните институции треба да се воведат следните мерки на контрола:

1. Редовно и систематско следење на затворениците и затворскиот персонал за ХИВ и ТБ; на оние кои се позитивни треба да им се овозможи превентивна терапија.
2. Брза идентификација, изолација и лекување на лица за кои постои сомневање дека боледуваат од ТБ.
3. Директно набљудување на терапијата и ригорозни мерки за контрола на придржувањето.
4. Следење на излекуваните случаи заради континуитет на здравствената заштита во и вон институцијата.

Затворениците се изложени и на ризик од сексуално-преносливи болести. И машките и женските затвореници се изложени на физичко или сексуално злоставување или понижување од другите затвореници или затворски персонал. Затворските здравствени служби треба да имаат капацитет за скрининг и лекување, како и моќ за заштита на чувствителните затвореници, како на пример одвојување на младите и нови затвореници од насилните и од затворениците кои имаат подолг “стаж” во затвор.

Во 90-тите, со донесувањето на федералниот закон за доживотна казна на повеќекратни престапници (“три удари и надвор”), се зголеми бројот на постари затвореници, кои немаат право на условна слобода. Бидејќи сè поголем број затвореници поминуваат подолго време во затвор, се јавува потребата за третирање на здравјето на затворениците како дел од целокупното општество.

Краткорочните и долгорочните здравствени ризици за затворскиот персонал се исто така грижа на затворските здравствени служби. Алкохолизам, пушење, гојазност и стрес на работното место се најчестите причини за разводи и предвремена смрт од кардиоваскуларни заболувања кај оваа професија. Помагањето на затворскиот персонал да се справи со стресот и латентното насилство кое е насочено кон персоналот, е еден од начините за намалување на личниот ризик и тенденцијата за насилство од страна на персоналот.

Потребата за здравствени услуги на полето на душевното здравје е голема и секојдневно растечка. Недостигот на служби за душевно советување и лекување во заедницата доведува до забрзано и зголемено полнење на затворите со улични криминалци. Едно истражување на Националната асоцијација за душевно здравје открива дека 25% од затворениците се психотични, а уште 14% покажуваат некакви психотични симптоми. Душевните болести се одговорни за голем дел од насилното однесување и криминалот. Ова укажува на потребата од соработка меѓу затворите и институциите за душевна рехабилитација.

Етичките прашања поврзани со затвореничкото здравје се однесуваат на тортура, силување, убиства, изгладнување, неетички медицински експерименти и несоодветна медицинска и психијатриска грижа. Нирнбершкиот и Хелсиншкиот код за однесување во медицинските експерименти се меѓународно прифатени стандарди. И Женевската конвенција

за однесување во војни или воена окупација, е исто така прифатен стандард кој честопати се игнорира, но сепак е некаква основа за судење. Злоупотребата на затвореници во граѓански војни, каков што е примерот со Босна во средината на 90-тите од 20-от век, достигна геноцидни размери со бројни масакри, изгладнување и силувања. Здравствената заедница во секоја земја или конфликтна ситуација има професионална обврска да го следи и подобрува здравјето на затворениците, како и да ги застапува интересите на оваа популација во мирновременски и воени услови.

## ЗДРАВЈЕ НА МИГРИРАЧКО НАСЕЛЕНИЕ

Заради сезонска или привремена работа, во многу земји голем број лица и семејства мигрираат од еден крај во друг. Овие лица не живеат во стабилна социјална средина ниту се дел од некој систем за поддршка, па честопати зависат од немилосрдните работодавци, кои им обезбедуваат минимални дневници и во најголем број случаи - непријателска средина. Во оваа група припаѓаат мигрирачки и сезонски фармери, рудари, шумари и градежни работници, кои честопати и во подолги периоди живеат далеку од своето семејство.

Оваа појава е многу распространета во САД. Програмата за здравје на мигрирачкото население, во рамките на американскиот Оддел за здравство и хумани услуги, проценува дека големината на мигрирачкото население е околу 1,5 милиони лица, а уште дополнителни 2,5 милиони работат како сезонски фармери. Најголемиот дел од нив се во брак и имаат деца, според што вкупниот број мигрирачко население, ако се земаат предвид и членовите на семејствата, станува драстично поголем. Најголемиот број од овие семејства живеат под прагот на сиромаштија. Меѓу нив има многу илегални имигранти, што е причина повеќе за злоставување од страна на работодавците или најмувачите. Тие живеат во лоши санитарни и станбени услови, изложени се на пестициди и заразни болести.

Мигрирачките работници во САД се од различно етничко потекло: бели Американци, Хиспанци, жители на Хаити и Јамајка. Имигрантските групи од Хаити, Мексико и Филипините, имаат високи стапки на ТБ, а нивното учество во земјоделството може да доведе до пренесување на болеста на другите работници. Мигрирачките работници имаат шест пати поголеми шанси за заболување од ТБ во однос на општото работно население.

Мигрантите понекогаш со себе ги носат своите семејства во камповите кои ги поседуваат нивните работодавци, а кои се со лоши санитарни и станбени услови и недоволен дотур на храна и други потребни средства. Здравствените услуги, образованието за нивните деца и рекреацијата се на незадоволително ниво. Мигрирачките работници во градовите најчесто се мажи, кои мигрираат од село каде го оставиле своето семејство, во град или друг регион на истата држава, или пак се однесени во странство

за извршување одредени земјоделски, градежни или рударски работи. Жените најчесто се носат во друга држава за извршување домашни работи, медицинска нега или сексуални услуги. Професионалната миграција на медицински сестри, компјутерски инженери и други струки е исто така честа во светот. Луѓето кои живеат во странска средина на основа на договор, се најчесто предмет на злоупотреба и експлоатација, како и на социјална изолација поврзана со стрес, насилство и СПБ.

Мигрантите најчесто живеат во сиромаштија и пренаселеност, со несоодветни санитарни услови и недостиг на медицинска заштита. Исто така, речиси како по правило, тие немаат соодветна документација за да можат да добијат правен статус на жителство. Медицинската заштита и здравственото осигурување, особено за жените и децата, е едно од најактуелните прашања, особено кај илегалните имигранти. Честа појава се проблеми со исхраната, недостаток на железо и други микроелементи и ретардиран развој. Болестите на устата се исто така чести кај мигрирачкото население, а тоа е најмногу поради непостоење забоздравствена заштита за нив. Бројни се и повредите и смрт на работно место кај фармерските работници. Земјоделските работници се професионална група која има една од највисоките стапки на смртност (37 на 100.000 земјоделци) и тоа најмногу од повреди на работното место (Поглавје 9).

Високата застапеност на сифилис, ХИВ и ТБ меѓу мигрантите, укажува на големата потреба од вклучување на јавно-здравствените работници, кои се обучени да одговорат на здравствените потреби и проблеми на мигрирачкото население. Овие истражувања наметнаа потреба од интердисциплинарна обука за јавно-здравствените работници во областа на СПБ (вклучувајќи и ХИВ инфекција), ТБ и други различни заболувања кај мигрирачките фармерски работници.

Мигрирачките работници се светски феномен. Во Европа, бројни неквалификувани “гости-работници” извршуваат разни земјоделски, градежни и други работи, главно во богатите економии, кои неколку децении “увезуваат” евтина работна рака од Северна и суб-Сахарска Африка или Источна Европа. Со ова се создаваат долгорочни политички и социјални проблеми за работниците и нивните семејства, кои честопати се предмет на етничка дискриминација, насилство и потешкотии во културната адаптација. Јавно-здравствените агенции треба да ги следат животните услови на оваа популациска група и да организираат превентивни и терапевтски услуги со скрининг за вообичаените болести.

## ЗДРАВЈЕ НА БЕЗДОМНО НАСЕЛЕНИЕ

Бездомништвото поради сиромаштија или недоволен број нискобуџетни домови за изнајмување, станува вообичаен проблем во големите градови и во индустријализираните и во земјите во развој, кој сè повеќе го привлекува вниманието на медиумите поради силниот контраст



меѓу начинот на живот на бездомните и оној на богатото население. Во зависност од тоа како се дефинира “бездомник”, СЗО во својот Светски здравствен извештај од 1997 година, проценува дека во светот постојат меѓу 100.000 милиони и 1 милијарда бездомни лица (СЗО, 1997). Според проценките, околу 7,4% од населението во САД, во некој период од својот живот било бездомно. Долгогодишните “улични станари” се изложени на големи здравствени ризици.

Здравствената заштита, особено превентивната, не е приоритет за бездомните луѓе. Наместо тоа, голем дел од нивните средства, односно време и пари, се трошат на обезбедување безбедно и топло место за спиење, храна, а многу често и дрога и алкохол.

Глобалната пандемија на бездомништво е резултат на недостиг на евтин станбен простор, невработеност и уништеност на социјалната заштита и поддршка. Бездомните не “одбираат” да живеат на улица, туку најчесто се жртви на околностите. Честопати се вели дека бездомништвото во голем дел е резултат на деинституционализацијата од душевните болници и ова е поткрепено со процената дека околу 25 до 50% од бездомните лица се и душевно болни. Тешко е да се процени дали бездомништвото е причина за душевната болест или обратно, но јасно е дека двете заедно се доволни да создадат затворен круг во кој поединецот е соочен со социјална изолација, несоодветна исхрана и хигиенски бариери за домување и вработување, што ја влошува болеста, и така во недоглед.

Анкетите на бездомниците за нивните здравствени проблеми покажуваат дека и акутните и хроничните болести се многу застапени кај оваа популација. Со исклучок на мозочен удар, рак и дебелина, бездомните лица страдаат од сите категории хронични заболувања далеку повеќе од обичното население. Поради непостојаноста на оваа популациска група, долгорочните мерки, како на пример лекување на ТБ, се неизводливи. Ова, се разбира, претставува опасност за целото население. Заедно со затворите, домовите за бездомници во индустријализираните земји имаат највисока стапка на заболени од ТБ. Други здравствени проблеми се смрт од студ или насилство, промрзнатост, рани на нозете, изгореници, респираторни инфекции, СПБ (вклучувајќи и ХИВ) и траума од кражби, тепање и силување. Бездомништвото ја елиминира шансата за соодветна исхрана, дом, топлина, безбедност, лична хигиена и основна прва помош. Бездомниците немаат никаков пристап до здравствената заштита сè додека состојбата крајно не се влоши.

Бидејќи во најголем број случаи овие лица се неосигурани, здравствената заштита за нив е честопати компромитирана од трошоците и далечината. Еден од најефикасните начини за опфаќање на ова население со медицинска заштита е употреба на мобилни здравствени единици. Во Вашингтон, како и во многу други градови во САД, хуманитарните организации обезбедуваат “здравствени комбиња” и “мобилни чајни кујни”, кои заедно обезбедуваат здравствена заштита и исхрана за бездомните лица. Ако состојбата е многу сериозна, поединецот се охраб-

рува да посети некоја од јавните или приватни институции за бездомни лица или да се упати на специјализирана медицинска грижа. Овие институции обезбедуваат медицинска заштита, топла вода, постела и топол оброк. Невладините и хуманитарните организации играат важна улога во помагањето на бездомниците. Сепак, се разбира, ова се само привремени решенија за милионите бездомни лица низ светот, кои живеат во опасни услови.

Бездомните матријархални семејства со мали деца, може да се јават како резултат на распаѓање на семејството, поради насилен сопружник, употреба на дрога и алкохол (најчесто мајката), бременост, миграции, или колапс на економската основа на семејството и задолжително напуштање на домот. Бездомните деца и тинејџери кои го напуштиле својот дом, се предмет на опасни социјални и здравствени последици, вклучувајќи и дрога, насилство, самоубиство, ризично однесување, кое може да заврши со несакана бременост, СПБ или ХИВ инфекција. Во многу земји во развој бездомништвото и сиромаштијата се причини за продажба на бебиња, органи и детска проституција.

Бездомништвото е јавно-здравствен проблем кој главно ги засега бездомниците, но и пошироката заедница. Решенијата, како и за многу други социјални проблеми, се комплексни и скапи. Корените лежат во победување на заедничките карактеристики за сите бездомници: сиромаштијата и несоодветното домување. За повторна интеграција на бездомните во општеството, треба да се вклучат и заедницата и општествените служби. Ова значи откривање и лекување на заболените, наоѓање решенија за домување, долгорочно следење и поддршка. Уште еден клучен фактор се секако и квалификациското образование и вработувањето. Сè додека таквата помош не се обезбеди, бездомништвото и натаму ќе создава проблеми и ограничувања врз хуманитарните и јавно-здравствените услуги.

## ЗДРАВЈЕ НА БЕГАЛЦИ

Во средината на 90-тите години од 20-от век, околу 35 милиони лица го напуштиле својот дом или држава и се водат како бегалци или внатрешно раселени лица. Од околу 20 милиони прекугранични бегалци, околу 14 милиони се во Африка, југозападна Азија или Средниот Исток. Масовниот егзодус на луѓето од сопствената земја може да биде резултат на етничко или религиозно злоставување, политички конфликт, војна, граѓански конфликт, деградација на животната средина или конфликт околу економски ресурси. Секоја година, милиони лица ги напуштаат своите домови, фарми, региони или држави, во потрага по храна, вода, вработување или безбедност.

Способноста на една држава да се справи со ненадејна масовна бегалска криза зависи од функционалноста на инфраструктурата и основните

услуги на таа земја, безбедносната ситуација и претходно планирање на организираното делување во елементарни непогоди. Соодветен и навремен одговор зависи од локалните сили и спремност, се разбира со меѓународна помош од основни материјали и услуги. Ефикасна хуманитарна помош првенствено вклучува безбедност, покрив над главата, облека, санитација, исправна храна и вода за пиење, семејна реинтеграција, превентивна заштита и лекување. Образованието, планирањето на семејството и долгорочното обезбедување здравствени услуги, се дел од секоја хуманитарна програма кога бегалската криза трае подолго.

Високиот комесаријат за бегалци на ОН (УНХЦР) прави обиди за следење и координирање на хуманитарната помош и услуги за задоволување на потребите на бегалците. УНХЦР проценува дека во светот во 1997 година има 12 милиони бегалци, или 1,2 милиони помалку од 1996 година, главно во Африка. Во текот на 1997 година, речиси 900.000 бегалци се вратени во нивната татковина, спонтано или со помош на УНХЦР. Косовската криза во 1999 година додаде уште еден милион бегалци на вкупниот биланс, и тоа поради политиката на етничко чистење на тогашната Влада на Србија.

Акутната фаза на една бегалска криза, било да е предизвикана од човечки или природен фактор, може да стане трајна состојба, која наметнува друг вид проблеми. Драматичноста на акутната бегалска криза лесно може да стане вест на меѓународните медиуми и на тој начин да помага во ангажирањето на многу земји и НВО во обезбедување хуманитарна помош за бегалците. Во решавањето долготрајни бегалски кризи, се вклучуваат пред сè УНХЦР и невладини организации како Меѓународниот црвен крст, Лекари без граници, Католичка црковна помош и други (види Поглавје 2). Бегалските кампови за долгорочно сместување треба да бидат опремени со сите услуги и објекти кои се неопходни за која било популациска група, со дополнителен фактор на несигурност во санитацијата, храната или здравствените услуги кои може да се растурат, од можни политички промени или повторна елементарна непогода. Во разрешување на кризата на Косово во 1999 година, учествуваа УНХЦР, НАТО и многу меѓународни невладини организации, кои преку билатерална или јавна помош обезбедија финансиски средства и основни материјали, но брзото решавање на кризата се должеше на форсирање на земјата домаќин да ги прими назад бегалците, иако долгорочни политички решенија не можеа да се предвидат.

## ВОЕНА МЕДИЦИНА

Воената медицина игра голема улога во развојот на хирургијата и сродните гранки, како и во развојот на јавното здравство. Римскиот воен успех е помогнат со превентивните здравствени мерки преку хигиена и дисциплина во камповите, со еднаква строгост како за лекување рани,

основна воена организација и дисциплина. Војската и морнарицата зависи од обезбедувањето храна и здравствени услуги за одржување на формата и здравјето, со цел да може да ги извршува зададените наредби. Задолжителната употреба на лимони во исхраната на британската војска, по откритието на Џејмс Линд, ги постави основите на задолжителната исхрана и дисциплина заради одржување на редот и способноста на поединецот и единицата. Американската армија ја усвојува вакцинацијата веднаш по откривањето на Џенеровиот метод. Иновациите во јавното здравство од страна на воено-медицинскиот персонал во 19-от век се бројни, почнувајќи од работата на Роналд Рос на маларискиот паразит, до победата над жолтата треска во Американската армија на Куба, во 1901 година.

Вооружените сили се дел од националната одговорност, па здравствените прашања поврзани со војската имаат важно место во јавното здравство. Вооружените сили бараат здрави регрути, но обуката може да предизвика болест и во мирно и во воено време. Воената медицина се обидува да предвиди превентива за одржување на здравствената состојба на персоналот, кој ќе биде изложен на услови на болест или повреди.

Сè до раниот 20 век, во повеќето армии смртноста од болест ја надминува смртноста во битки, што може да се види и од податоците на Американската армија од Граѓанската војна до Виетнамската војна (табела 7.5). Свеста за доминантноста на болестите во војската е главната придобивка на Флоренс Најтингејл во Кримските војни. Воената медицина придонесува за развој на итната медицинска помош, давајќи голем придонес за цивилниот сектор, како на пример адаптација на медицинска опрема од воената технологија (ултразвук).

Заштитата на трупите од болести подразбира обезбедување соодветна вакцинација заради спречување болести што лесно може да се шират во воените објекти или на бродовите. Во оваа постапка припаѓа обнова на вакцинацијата во детство и дополнителни дози против дифтерија, тетанус, вакцина против хепатит Б, грип, полио, сипаници, заушки, ру-

ТАБЕЛА 7.5 Број и процент на смртни случаи од болести и повреди во битка, армија на САД, 1860-1975

Војна	болест (Б)	повреда во битка (ПБ)	Б/ПБ (%)
Граѓанска војна (север) 1861-1865	199.720	138.154	145
Шпанско-американска војна, 1898	1.939	369	525
Филипини, 1899-1902	4.356	1.061	410
Прва светска војна, 1917-1918	51.447	50.510	102
Втора светска војна, 1941-1945	15.779	234.874	7
Корејска војна, 1950-1953	509	27.704	2
Виетнамска војна, 1961-1975	1.433	30.900	5

Извор: адаптирано од Legters and Llewellyn, 1992. Military medicine, во (Last JM, Wallace JB, eds) *Public health and Preventive Medicine*.

беола, менингококен менингит, хепатит А, антракс и други. Во зависност од географската локација на војската се користат антималяриски средства и друга специфична терапија.

Меѓу многуте прашања поврзани со вооружените сили во мирновременски услови се: исхрана, заштита од болести кои се пренесуваат со вода, храна и вектори, и превенција на повреди при обука или транспорт, самоубиства, изложеност на токсични материи, контакти со СПБ и ХИВ. Насилството и бруталноста се честа појава во текот на обуката, исто како и самоубиствата. Во овие периоди, на војската ѝ се потребни надзор од претпоставените, одговорност и медицинска контрола.

Спречувањето воени дејствија е сигурен метод за превенција на придружните воени и цивилни жртви и повреди. Во војна, бројот на жртвите зависи од вооружувањето, вештината за негово користење, дисциплината и водството. Медицинската помош во битка, евакуација и тријажа, како и брзиот трансфер до медицински центри се од исклучителна важност за намалувањето на бројот повредени и мртви, односно за спасување бројни млади животи. Медицинската заштита од местото на водење битка до местото за евакуација и понатамошна нега, бара организиран пристап на кадар, ресурси, вода и храна, дијагностички и куративни средства.

Покрај превенцијата, во војна се јавуваат ранети и жртви кои треба да се евакуираат и лекуваат или погребат, на начин кој ќе спречи компликации или смрт од повреда и нема да го доведе во прашање моралот на трупите. Тријажата се заснова на принципот на поделба по сериозност на повредите, за секој да добие најдобра можна грижа во дадените услови. Категориите на тријажа се: итни случаи за кои се потребни довод на кислород, респираторни цевки, контрола на хеморагии и заместување на течности за да се избегне брза смрт; важни случаи кои имаат сериозни повреди, кои се надвор од животна опасност но имаат менлива ситуација и потреба од итна операција; вообичаени случаи со повреди и рани кои може успешно да се излекуваат во рок од 8-16 часа по повредата; минимални или површински рани, рани за мала интервенција, скршеници или само набљудување на состојбата; терминални случаи се оние со смртоносни рани кои имаат мали шанси за преживување.

Условите на потенцијална атомска, биолошка или хемиска војна бараат посебни подготовки и над сè - превенција. Потенцијалот за ваква војна постои и подготовките за нејзините ефекти врз здравјето на воените трупи и цивилното население се дел од ова специјализирано поле на воената медицина и индиректно, дел од јавното здравство.

## ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО НЕСРЕЌИ

Несреќите предизвикани од природен или човечки фактор се честа појава (табела 7.6) и имаат важни импликации врз јавното здравство. Природните несреќи се јавуваат како резултат на природни екстремни

ситуации кои предизвикуваат огромен број повредени и жртви кај населението и материјална штета. Во оваа група несреќи припаѓаат земјотреси, поплави, урагани, суши, снежни бури и вулкански ерупции. Терминот несреќа (или непогода) вклучува и настани предизвикани од човекот, односно војни, индустриски хаварии, терористички акции и друго. Несреќите честопати се класифицираат според причината, на “природни” и “човечки”, како и по брзината на појава, односно “брзи” и “бавни”. Не постои јасна граница меѓу овие категории, бидејќи природните катастрофи некогаш може да се јават како резултат на неправилно водење политика; на пример, суша може да се јави во регион во кој политичките активности не биле насочени кон превенција на суша или заштеда на водните ресурси. Во семиаридните подрачја, каде има деликатна исхрана и најчесто хронична потхранетост, дури и несреќа од помали размери ќе предизвика масовно гладување или влошување на потхранетоста во подолг временски период.

Во последните неколку децении собраните искуства од организирање и делување во катастрофи се поткрепени со технолошкиот развој на телекомуникациите и воздушниот транспорт на шатори, ќебиња, храна, хлоринатори за вода, генератори за електрична енергија, опрема за расчистување на одрони и урнатини, како и теренски болници, медицинска опрема (стерилизатори, опрема за итни случаи, антибиотици, вакцини, орална рехидрација).

Во несреќа потребно е професионално и агресивно делување и меѓусекторска соработка. Од начинот на делување може да зависат животите на илјадници луѓе. Несреќите може да се случат во урбана средина или далечна џунгла. Деталите ќе се разликуваат, но задоволувањето на основните човекови потреби е појдовна цел и во двата случаи. Приоритетно е прашањето на ограничување на натамошни повреди и жртви, обезбедување заштита, храна, вода и засолниште. Организирана превенција во форма на санитација и справување со најчестите здравствени проблеми, како што се дијарејни заболувања, акутни респираторни инфекции, сипаници и други болести кои се јавуваат во лоши санитарни услови (на пр. хепатит, тифус, колера и гастроентерит). Дизентеријата, потхранетоста и респираторните инфекции може да однесат голем број жртви меѓу децата и постарите. Пост-трауматскиот синдром може да се лекува како дел од програмите за поддршка и помош на заедницата.

Епидемиолошкото следење на смрт, повреда и болест во време на катастрофи и несреќи е отежнато поради хаосот кој владее во вакви услови. Од следењето на процесот и епидемиолошката структура на несреќата може да се добијат информации за потребните интервенции и да се научат лекции кои би послужиле при планирањето на организираното делување за идните несреќи. Приемот во болница зборува за зачестеноста на одредени заболувања, како на пример тифусна треска или вирусен хепатит. Дobar пример е земјотресот во 1980 година, што ја зафати Јужна Италија и предизвика загадување на водата. Колерата, исто така,

претставува голема опасност во време на катастрофи, каков што беше случајот со бегалската криза во Руанда. Контаминацијата на ограничениите водни ресурси е најзагрижувачка состојба и треба да се преземат мерки на обезбедување пумпи и рачни хлоринатори, како основна опрема за пречистување на водата. Можно е да се јави потреба за заштита на шаторите и магацините за храна со вооружени стражари.

Интервенциите на хуманитарните организации треба да вклучуваат вакцинација против сипаници и полиомиелитис, да ја одржуваат рутинската вакцинација против ДТП, заедно со администрација на витамински и препарати на железо, особено ако враќањето во нормалната состојба

ТАБЕЛА 7.6 Несреќи од понов датум - предизвикани од човечки и природен фактор

Место	Вид на несреќа	Година	Последици
Гватемала	земјотрес	1976	23.000 мртви, 77.000 повредени, вкупно засегнати 1,2 милиони
Сервесо, Италија	експлозија на хемиска фабрика	1976	17.000 евакуирани
Камбоџа	геноцид, политички	1979	1-2 милиони мртви
Бопал, Индија	истекување на хемиска материја	1984	2.000 мртви, 70.000 евакуирани
Мексико	земјотреси	1985	10.000 мртви, 60.000 без покрив над главата
Колумбија	вулкан	1985	23.000 мртви, 200.000 без покрив над главата
Чернобил, Украина	хаварија на нуклеарен реактор	1986	30 мртви, 100.000 евакуирани, непознат број настрадани од долгорочни ефекти (рак, вродени деформации)
Босна и Херцеговина	граѓанска војна, геноцид	1993-1995	десетици илјади мртви, масовни силувања и убиства, рушење на општествениот систем
Руанда	геноцид, племенски	1994	околу 500.000 мртви
Кобе, Јапонија	земјотрес	1995	6.000 мртви
Кариби	ураган Гордон	1995	11.000 мртви на Хаити, Куба, Јамајка и Доминиканска Република
Кина	поплава	1998	4.150 мртви, 18,4 милиони раселени, вкупно засегнати 180 милиони
Никарагва	ураган Мич	1998	10.000 мртви, илјадници исчезнати, 120.000 без покрив над главата
Косово	граѓанска војна, етничко чистење	1999	околу еден милион лица насилно раселени, со масовни убиства и уништување на нивните заедници

Извор: адаптирано од Menu J.P. (ed.) Emergency and humanitarian action. *World Health Statistics Quarterly*, 1996 и 1999, веб страница: <http://www.reliefweb.int>

трае повеќе месеци. Контролата на тифус и салмонела е со интензивно лекување на заболените и подобрување на санитацијата. Во вакви случаи, огромна е потребата од чиста вода за пиење и орална рехидрациска терапија, како што впрочем и се покажа во случајот со Руанда во 1993-1994 година.

Кога се работи за долгорочни кризи, може да се следи развојот на децата преку нивната исхрана, односно висина и тежина за соодветната возраст, за да може да се проценат ефектите од променетата ситуација. Како превентива, може да се даваат витамини и препарати на железо, како надомест за влошената исхрана во новонастанатите услови. Обезбедувањето основни прехранбени производи, заедно со вода и покрив над главата се прв приоритет, но нивната големина и волуминозност, може да ги надминуваат капацитетите дури и во развиените земји, во обидот да се справат со локални катастрофи.

Второстепена штета која може да се јави од несанитарни услови е ширење на заразни заболувања. Ова е отежнато со недостигот на храна, вода и санитарни објекти. Голем број од бегалците во граѓанската војна и етничките масакри во Руанда во 1994 година, завршија со масовни жртви. Меѓународните и локалните хуманитарни организации може да ги има во голем број, но да се неефикасни поради недостаток на координација. Планирањето бегалски кампови во време на ненадејни несреќи треба да има предвид повеќе фактори, меѓу кои и природна дренажа, водни ресурси, пристапни патишта, како и одвојување на санитарните објекти и септичките јами од објектите за снабдување со вода и храна.

Ураганот Опал, што го зафати брегот на Флорида во октомври 1995 година, однесе 27 животи, од кои 13 поради паѓање на дрвја, 4 од труење со јаглерод моноксид, 3 од куќни пожари, 7 од сообраќајни незгоди и 5 по настанот, од давење, електрокуција и други причини. Подобрата координација на предупредувањата за бура ќе го намалеше бројот жртви на море; предупредувањата да се избегнува возење можеби ќе го намалеше бројот жртви во сообраќајните несреќи; информираноста за безбедна евакуација, безбедни скривници, избегнување ризични ситуации и обезбедување системи за поддршка, се дел од активностите на јавното здравство во итни ситуации, во соработка со други локални, државни и федерални агенции.

На крајот на 1996 година, се случи масовна бегалска криза во Руанда и Заир, од комплексни етнички и политички причини, која заврши со масовни жртви од геноцидните воени мерки, како и дехидратација, болести и изгладнување. Меѓународните интервенции за обезбедување подвижни болници, помош и здравствени услуги, беа повремени и недоволни. Невладините организации како Лекари без граници и медицинските организации на ОН, како и вообичаено беа први на теренот, но без доволна политичка и воена поддршка, нивните напори се ограничени. Медицинските интервенции во подвижните болници беа тема на медиумите, но напорите за обезбедување засолниште, исправна вода за пиење и санитација добиваа помалку средства и поддршка.



### РАМКА 7.5 ПЛАНИРАЊЕ ЗА ОРГАНИЗИРАНО ДЕЛУВАЊЕ ВО НЕСРЕЌИ И ВОНРЕДНИ УСЛОВИ

1. Лекување и евакуација на повредените;
2. Спречување на понатамошни жртви, повреди и болести;
3. Обезбедување сигурност/заштита/безбедност/јавен ред за координирање на интервенциите на полицијата, официјалните здравствени агенции, локалните и меѓународните НВО;
4. Обезбедување исправна вода за пиење, храна, топлина и засолниште;
5. Обезбедување санитарни објекти и превенција на уништувањето на животната средина;
6. Поттикнување на контрола/превенција на епидемии и лекување на заразните заболувања (на пр. дијарејни заболувања, акутни респираторни инфекции, сипаници, хепатит, маларија);
7. Обезбедување постојана медицинска нега за повредените и болните;
8. Мобилизирање и координација на сите официјални и доброволни локални, државни, национални и меѓународни извори на помош;
9. Превенција на потхранетост, дополнување на исхраната со микроелементи;
10. Обезбедување грижа за мајки и деца, во бременост, при породување, грижа за новороденчиња и деца;
11. Следење на болести и нивна епидемиологија;
12. Обезбедување помошен персонал за лица со посебни потреби;
13. Поттикнување брзо закрепнување на нормалните функции (на пр. семејство, здравствена заштита, работно место);
14. Превенција на пост-трауматски стресни синдроми;
15. Процена, евалуација, следење и известување за процесот и стекнатите искуства;
16. Анкетирање, документирање, објавување и ревизија;
17. Образование (на пр. обезбедување привремени предучилишни и училишни активности);
18. Вработување на работоспособните (на пр. поттикнување на учеството во грижа за бегалците);
19. Поттикнување на брзо враќање во домовите и рехабилитација;
20. Ревизија на искуствата и планирање на активностите при идни потенцијални несреќи и катастрофи.

Во 1998 година, во светот се случија 37 големи несреќи, меѓу кои: поплави (15), земјотреси (6), вулкански ерупции (1), попуштање на брани (1), урагани/циклони (6), шумски пожари (1) и суши (3), кои однесоа многу животи и раселија уште повеќе лица, предизвикувајќи огромни материјални и економски штети. До март 1999 година, пријавени се 13 такви несреќи. Поплавите во Кина во летото 1998 година, предизвикаа смрт на 4.150 лица, евакуација на 18,4 милиони лица; вкупно беа засегнати 180 милиони луѓе. Економските штети се проценети на 26 милијарди долари (веб страна: <http://www.reliefweb.org>). Два земјотреси во 1999 година, ја чинеа Турција огромни материјални и човечки жртви, делумно поради несоодветна изградба во позната геотектонско-активна зона.

Превенцијата на човечки повреди и жртви во несреќи мора да ги земе предвид претходните искуства во таа област. Во Калифорнија, каде земјотресите се сериозна закана, постојат строги критериуми за градба, со кои се намалува материјалната штета и второстепените жртви. Со следење може да се предвидат потенцијалните несреќи, како на пример ураган, а навременото планирање за делување и евакуација значително може да го измени исходот од ситуацијата. Законите за зонирање на земјиштето и строгото придржување кон критериумите за градба може да помогнат во намалување на штетите при земјотреси во градски средини. Мерките за контрола на поплави во области познати по големи водни количества се исплатливи мерки за заштита на имотот од поголеми оштетувања. Дел од јавната администрација, а воедно и од јавното здравство, треба секако да има правилно складирана соодветна опрема и резерви, како и обука на персонал за делување во несреќи.

Документирањето на искуствата од несреќи е важен елемент за подобрување на напорите во слични ситуации и иако честопати лекциите се учат полека, тие се дел од развојот на јавното здравство. Планирањето на организирано делување во несреќи е важна компонента на јавно-здравствените агенции на национално/регионално/локално ниво и на локалните здравствени установи. Координацијата со полицијата, армијата, цивилната заштита, противпожарната служба, локалните и државни комитети за елементарни непогоди, болниците и многу други локални и меѓународни хуманитарни организации е фундаментален чекор во справувањето со настанатите несреќи. Изготвувањето протоколи за организирано делување со теренски вежби, може значително да влијае на крајниот резултат. Иако секоја несреќа е специфична, сепак меѓу нив постојат некои заеднички карактеристики кои се однесуваат на планирање, прифатени од документираните проба, грешка и искуство.

## РЕЗИМЕ

Честопати општеството не се цени само по тоа како го третира мнозинското население, туку и по тоа каков однос има кон малцинствата,

сиромашните, затворениците и бегалците. Сите овие популациски групи бараат посебно внимание, бидејќи се луѓе кои имаат посебни потреби, но и поради тоа што со својата состојба можат да влијаат и на здравјето на другите, како во случајот со ширењето туберкулоза меѓу затворските работници во САД и ширењето туберкулоза кај општото население од ослободените затвореници во поранешниот Советски Сојуз.

Агенциите за јавно здравство честопати преземаат улога на застапници и пионери во имплементацијата на програми за вакви групи. Програмите може да се однесуваат на специјални потреби на општото население или на потребите на специјални популациски групи. Јавно-здравствениот пристап ја потенцира важноста на превенцијата во сите фази, како и подготовките за предвидливи и ненадејни итни здравствени ситуации во координација не само со здравствениот систем, туку и со други институции во општеството.

Подготовката за делување во вонредни услови е важен предизвик за сите делови на здравствениот систем, од санитација и контрола на заразни заболувања, до терциерна неврохирургија. Во такви ситуации, излишно е прашањето за потребата од заедничко делување на сите сегменти во излекување на повредените и превенција на натамошни штети. Она што нема да биде опфатено со подготовките, ќе треба да се импровизира на местото на настанот. На пример, душевното здравје и забоздравствената заштита се две области за кои постојат системи на превенција и лекување, но кои сепак не се добро поврзани со организацијата и финансирањето на вкупните здравствени активности.

Специјалните групи, како бегалците, затворениците и жртвите на природни и човечки катастрофи, се жив доказ за познатата изрека на Џон Дон: “Ниту еден човек не е остров сам за себе”. Затвореникот или бегалецот во блиска иднина може да стане слободен граѓанин, заразен со ХИВ или ТБ. Во несреќа или вонредни услови може да се најде секој; улогата на здравствените работници и јавно-здравствените агенции е многу очигледна, а потребата за подготовки - императивна. Новото јавно здравство се обидува поефикасно да ги користи ресурсите за превенција и грижа, за она што може да се нарече маргинализирана група или прашање.

## ЕЛЕКТРОНСКИ ИЗВОРИ

American Psychiatric Association, <http://www.apa.org/>

American Dental Association, <http://www.ada.org/>

Disasters, <http://www.reliefweb/>

Disaster medicine, <http://www.notes.reliefweb.int>

Indian Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, <http://www.ihs.gov/>

Mental health, <http://www.nimh.nih.gov/>, <http://www.who.int/msa/> i <http://www.medscape.co/>

Medscape/MentalHealth/public

Migrant health, [http://www.bphc.hrsa.dhhs.gov/uhsr/Pages/about\\_nhsc/3Dlb\\_migrant.htm](http://www.bphc.hrsa.dhhs.gov/uhsr/Pages/about_nhsc/3Dlb_migrant.htm)

Migrant health, <http://www.aap.org/policy/> i <http://www.bphc.hrsa.gov>

National Institute of Mental Health, <http://www.nimh.nih.gov/>  
 National Institute of Dental and Craniofacial Research, <http://www.nider.nih.gov/>  
 Native peoples' health, <http://www.cdc.gov/> i <http://www.aaip.com/>  
 Prisoner's health (U.S.), <http://www.ojp.usdoj.gov:80/bjs/pub/pdf/cpius95.pdf>  
 United Nations High Commissioner for Refugees, <http://www.unhcr.ch>  
 Women's health, <http://www.ahcpr.gov/research/womenres.htm>  
 World Health Organization, Mental Health Program, <http://www.who.int/msa/>  
*Забелешка.* За комплетен список на електронски извори за душевно здравје види *American Journal of Public Health* 1999;89:1440.

## ПРЕПОРАЧАНО ЧЕТИВО

- 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 Diseases Control. 1993. Prevalence of work disability—United States, 1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:757-759.
- Centers for Diseases 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., Michaels, D. 1990. Jails 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 a shelter. *American Journal of Public Health*, 87:256-262.
- Teplin, L. A. 1990. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*, 80:663-669.
- Ustün, T. B. 1999. The global burden of mental disorders. *American Journal of Public Health*, 89:1315-1318.

## БИБЛИОГРАФИЈА

- 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*, 149:175-183.
- Buckner, J. C., Trickett, E. J., Corse, S. J. 1985. *Primary Prevention in Mental Health: An Annotated Bibliography*. Bethesda, MD: National Institutes of Mental Health.
- Eaton, W.W. 1985. Epidemiology of 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.
- Left, H. S., Lieberman, M., Mulkem, 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.