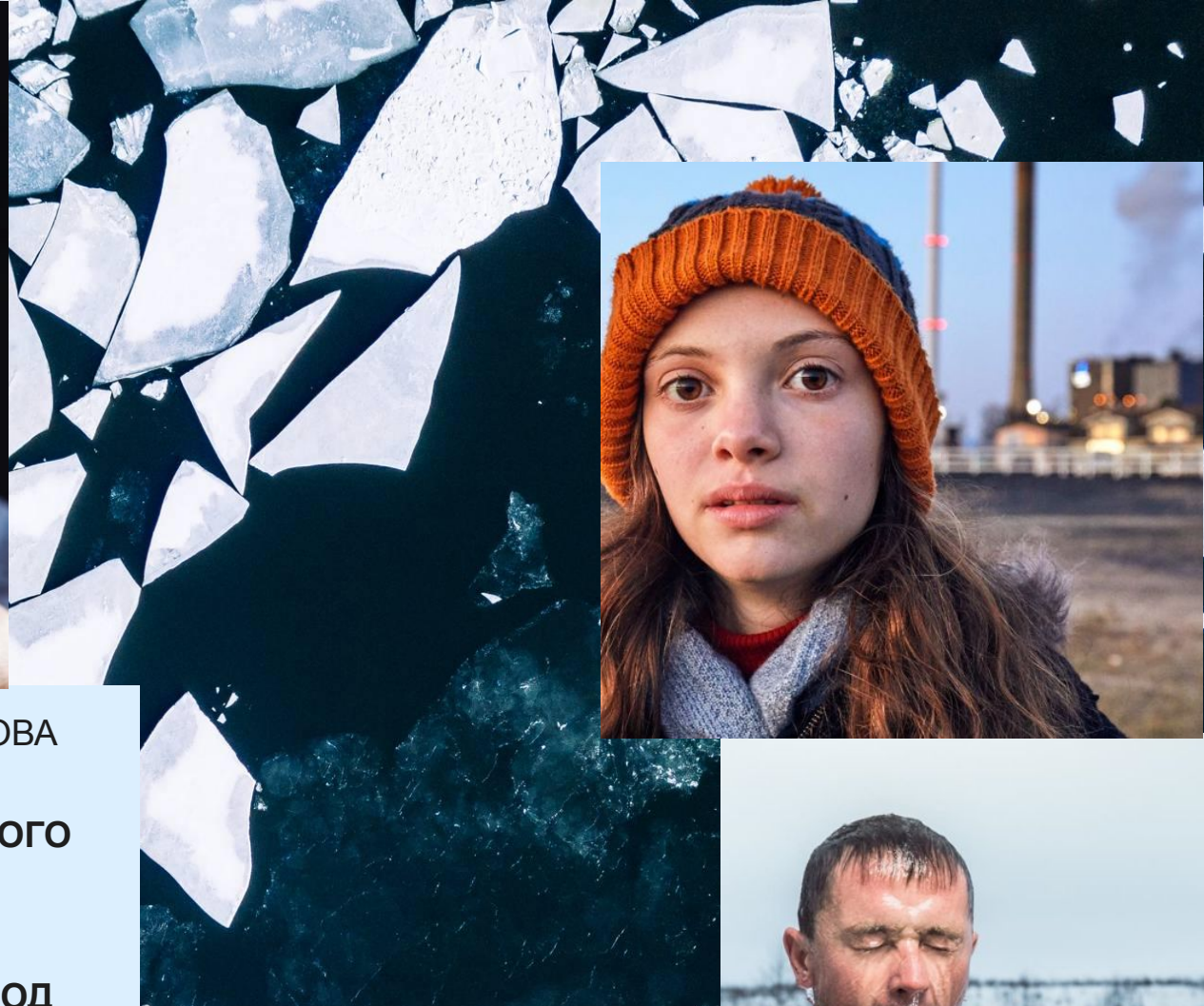




ПІДХІД НА ОСНОВІ ЖИТТЄВОГО ЦИКЛУ ТА СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я



ДРУГА ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВА
КОНФЕРЕНЦІЯ

**РОЛЬ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я В РЕАЛІЗАЦІЇ
СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ
НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПЕРІОД
ДО 2030 РОКУ,**

Ужгород, Україна, 3-4 жовтня 2024

РДоктор ЛАУРА КЕСТІЛД, Доцент

Головний науковий співробітник,
керівник групи

Фінський інститут охорони здоров'я
та добробуту (THL)





BMJ

LONDON, SATURDAY 18 FEBRUARY 1995

Раннє виникнення ішемічної хвороби серця («гіпотеза Баркера»)

Гіпотези, якими б інтрузивними вони не були, потребують рішучих спроб спростування

THEir latest collection of articles is one of the most valuable products of epidemiology of the past half century. Not only have some important potential determinants of coronary heart disease been uncovered but also methods for their measurement have been developed, and best of all, in many countries rates of cardiac disease have fallen steadily for 25 years.

Yet for some time now gratitude has been the field of research. The main risk factors—raised body weight, elevated concentrations, and blood pressure, glucose intolerance, smoking, and lack of physical activity—are old discov-eries, and measurement methods seem merely to be fine tuning these needles. The precise role of nutrition in population profiles in the pathogenesis of coronary heart disease remains hazy, and factors such as stress and social support seem to mean and less promising and ambiguous than they were decades ago. So the medical outcome given to a totally new set of antecedents is surprising. The hypothesis of Professor David Barker and colleagues working in Southampton is that "a baby's environment before birth and during infancy," in particular in terms of fetal and infant growth, "pre-determines" the development of risk factors such as raised blood pressure, cholesterol concentration, and factor VIII concentration and glucose intolerance, and hence these are key determinants of coronary heart disease.

Since 1987 the group has elaborated this hypothesis in at least 40 papers (many of them in the *BMJ*) and two books.¹ Although some evidence comes from comparisons among populations, the more recent approach has been to seek places where infant anthropometric parameters were systematically recorded many years ago (Hertfordshire and Preston). Middle age and adult nutrition have thus been associated not for study. This idea is to live with a body of research of the past 50 years on the delayed effects of fetal exposure to viral infections, the acute health, undernutrition and famine, neonatal treatment in pregnancy, and smoking.

None of the Southampton studies provides an actual measure of nutritional intake in mothers or babies. Early nutrition is inferred indirectly from fetal and infant growth, and fetal growth especially is a doubtful surrogate parameter. This issue if we take the findings as valid we still must ask whether nutrition in some other effect is being measured. In addition, inconsistency in the data, with many findings failing to support the "baby's environment" hypothesis, have not gone un-noticed, and evidence contrary to the early exposure hypothesis has been published.

This week's journal contains four relevant studies. One paper is a further contribution from the Hertfordshire cohort (another paper from this cohort was published last month), whereas the three other papers cast doubt on some aspects of the early nutrition thesis.

Statistical or of fetal mind evidence about whether the health of exposures in England relates to where they came from or where they went to. Although for coronary heart disease, fetal and current place of residence contribute equally to the risk of death, for stroke, current place of residence contributes more, particularly if it is London. This kind of analysis, limited to place of origin (which is not necessarily place of birth) rather than to individual exposures in early life, strongly suggests the potential for confounding by migration to the Southampton studies but does not constitute a direct test of the hypothesis.

Insufficient support

The two papers from Southampton support the hypothesis inconsistently. Although in men weight at age 1 predicts cardiovascular disease in their 50s, birth weight does not.² On the other hand, it seems at first glance that in women of the same age birth weight, but not infant weight, is significantly associated with some risk factors for coronary heart disease (low-density lipoprotein cholesterol concentration and some measures of glucose intolerance), although not with others (blood pressure and concentration of total cholesterol, fibrinogen, and factor VIII).³

The significant associations with birth weight are suspect because they are controlled for current body mass index, from inspection of the raw data we guess that without this adjustment many would not hold up. Body mass index may well be an intervening variable, to adjust for such a variable in observational data, usually, is inappropriate.

Body mass index is a much more powerful predictor of insulin concentration than is birth weight (see tables III and IV), and is positively related to birth weight. So to control for current body mass index when assessing the effect of birth weight is to cancel out the positive effect of birth weight on body mass index and hence on risk of glucose intolerance. This allows the effect of birth weight in the direction favoured by the authors to remain unopposed. The baby's environment hypothesis is not easily reconciled with the finding in this paper that plasma insulin concentration relates to current body mass index much more strongly than to birth weight.

1. Kuper DA, Skaife H, Petronis AG, et al. Fetal/maternal environment in relation to high gene frequency. *Dev Biol Stand* 1990;16:169-72.
2. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
3. Cook DG, Whitley J, Whittle J, et al. Growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
4. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
5. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
6. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
7. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
8. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
9. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
10. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
11. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
12. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
13. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
14. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
15. Barker DJP, Clavarone LE, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.

Ембріональне та дитяче походження захворювань у дорослих

Матка може бути важливою за ДМ

A hundred years ago, when tuberculosis and rheumatic heart disease were common, the proposition that the childhood environment affects adult health would have been self-evident. This proposition may still hold, even though infective disease has given place to degenerative disease.

Studies in Norway, Finland, Britain, and the United States have shown that death rates from cardiovascular disease are inversely related to adult height, and geographical differences in cardiovascular mortality are related to past differences in infant mortality.¹ These findings have been interpreted as evidence that adverse living conditions during childhood, such as poor housing and diet, increase the risk of ischaemic heart disease.² Case-control studies have generally supported this^{3,4}; patients with myocardial infarction have higher infant death rates among their siblings,^{5,6} are more likely to come from larger families, and are more likely to have fathers who were unemployed.⁷ Now studies in Finland show that men with ischaemic heart disease had worse socioeconomic conditions in childhood (p 1121)⁸—an observation also made in Britain.⁹

The completeness of infant mortality records in England and Wales from 1911 onwards has allowed detailed geographical comparisons of the relation between infant mortality 70 years ago and mortality from cardiovascular disease today. Differences in the death rates from cardiovascular disease among the 212 local authority areas of England and Wales are closely related to past differences in neonatal mortality.^{10,11} Most neonatal deaths were associated with low birth weight, and rates were high in areas where mothers had poor health and high death rates during childbirth.^{12,13} These findings suggested that research should be redirected towards the intrauterine environment rather than later childhood—housing, family income, diet, and other influences. The Medical Research Council employed a historian to search for old records of birth

and infancy. In Hertfordshire health visitors recorded the birth weight of all babies born in the county from 1911 onwards and visited their homes periodically throughout infancy. Follow up studies of the men and women born 60 and more years ago show that those who weighed more at birth and, if they were breast fed, at 1 year, had lower death rates from ischaemic heart disease and stroke.¹⁴ The differences in death rates were large.

We are beginning to identify processes that link fetal and infant growth with cardiovascular disease. A recent study of 449 men and women aged 50 years who had been born in one hospital in Preston, England, showed that their current blood pressure and risk of hypertension were strongly related to their placental and birth weight.¹⁵ Pressures were highest when birth weight had been lower than expected from placental weight. Discrepancy between placental and birth weights may be interpreted as fetal growth failure. Its causes are unknown, but maternal nutrition is an obvious suspect.

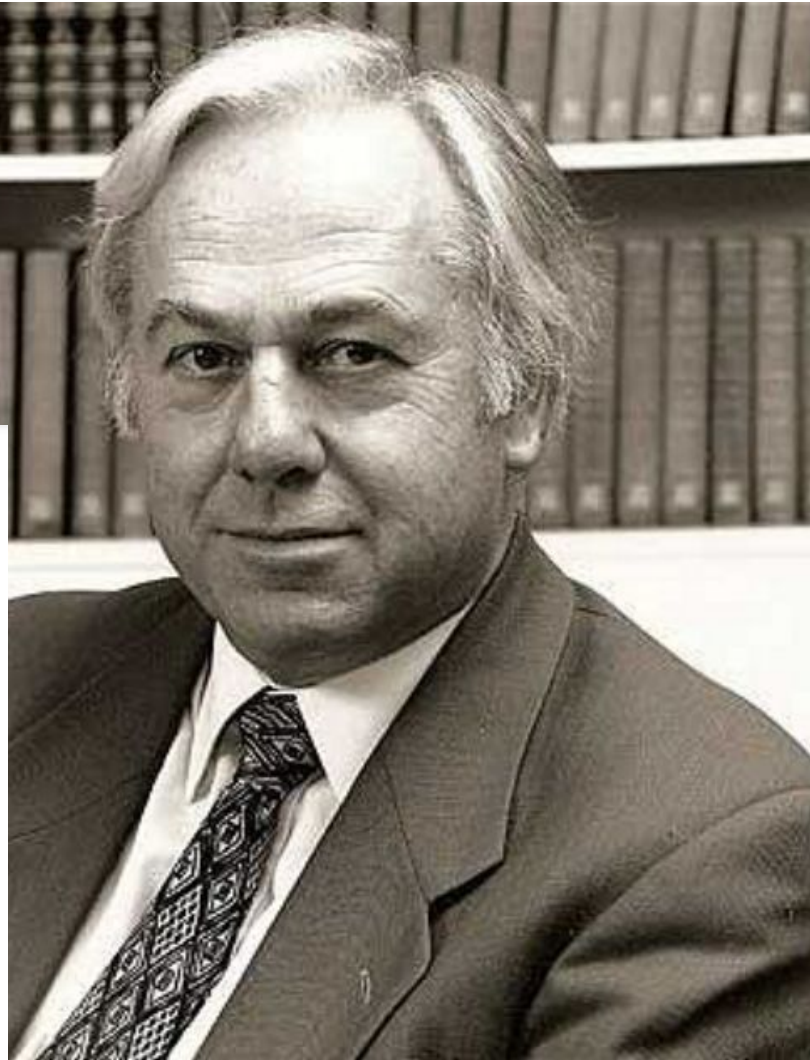
These epidemiological findings point to the importance of long term programming in early life and parallel findings in clinical and animal research. For example, the composition of infant food has been shown to have an important effect on more development in preterm babies,¹⁶ and programming of lipid metabolism by early feeding has been shown in baboons.¹⁷ Knowledge of the fetal processes that may determine programming is beginning to emerge.¹⁸ A recent symposium heard evidence that diseases other than cardiovascular disease may also be determined by the maternal environment.¹⁹ Schizophrenia and obstructive lung disease are two examples.

The old model of adult degenerative disease was based on the interaction between genes and an adverse environment in adult life. The new model that is developing will include programming by the environment in fetal and infant life.

D J BARKER

Director, MRC Environmental Epidemiology Unit, University of Southampton, Southampton General Hospital, Southampton SO9 4XY

1. Waaler HT. Height, weight and mortality. The Norwegian experience. *Acta Med Scand* 1964;176:151-62.
2. Njolstad V. Long children in childhood and coronary heart disease in adulthood. Helsinki Finnish Society of Cardiology 1993.
3. Miettinen M, Tuomi M, Rauramaa R. Ischaemic heart disease: epidemiology of a general practice. *Lancet* 1984;1:1081-5.
4. Forslund A. Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for myocardial infarction? *British Journal of Preventive and Social Medicine* 1977;31:31-5.
5. Barker DJP, Clavarone L, Clifton J. Height and mortality in the context of England and Wales. *Dev Biol Stand* 1990;16:171-6.
6. Barker DJP, Clavarone L. Infant mortality, childhood nutrition and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet* 1984;1:1171-4.
7. Bock C, Skaife H, Clavarone L and colleagues. Mortality from heart disease and cancer. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 1982;36:27-30.
8. Raut O. Fetal growth in ischaemic heart disease. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 1988;42:318.
9. Clavarone L, Clavarone L, Barker DJP, et al. Childhood risk factors for ischaemic heart disease and stroke. *Lancet* 1984;1:1171-4.
10. Raut O, Skaife H, Clavarone L. Fetal and infant growth and mortality in ischaemic heart disease. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 1988;42:318.
11. Barker DJP, Clavarone L. Fetal and infant growth and mortality in ischaemic heart disease. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 1988;42:318.
12. Barker DJP, Clavarone L. Fetal and infant growth and mortality in ischaemic heart disease. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 1988;42:318.
13. Barker DJP, Clavarone L. Fetal and infant growth and mortality in ischaemic heart disease. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 1988;42:318.
14. Barker DJP, Clavarone L, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
15. Barker DJP, Clavarone L, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
16. Barker DJP, Clavarone L, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
17. Barker DJP, Clavarone L, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
18. Barker DJP, Clavarone L, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.
19. Barker DJP, Clavarone L, Winter PD, et al. Fetal and neonatal growth and cardiovascular morbidity and mortality in a cohort—a study of 175 patients and their offspring. *BMJ* 1994;309:417-21.



Зміст презентації

- Підхід на основі життєвого циклу: концептуальні та теоретичні перспективи
- Підхід на основі життєвого циклу в системах та політиці громадського здоров'я
- Досвід Фінляндії
- Вплив конфлікту протягом життєвого циклу
- Висновки та результати



коротко

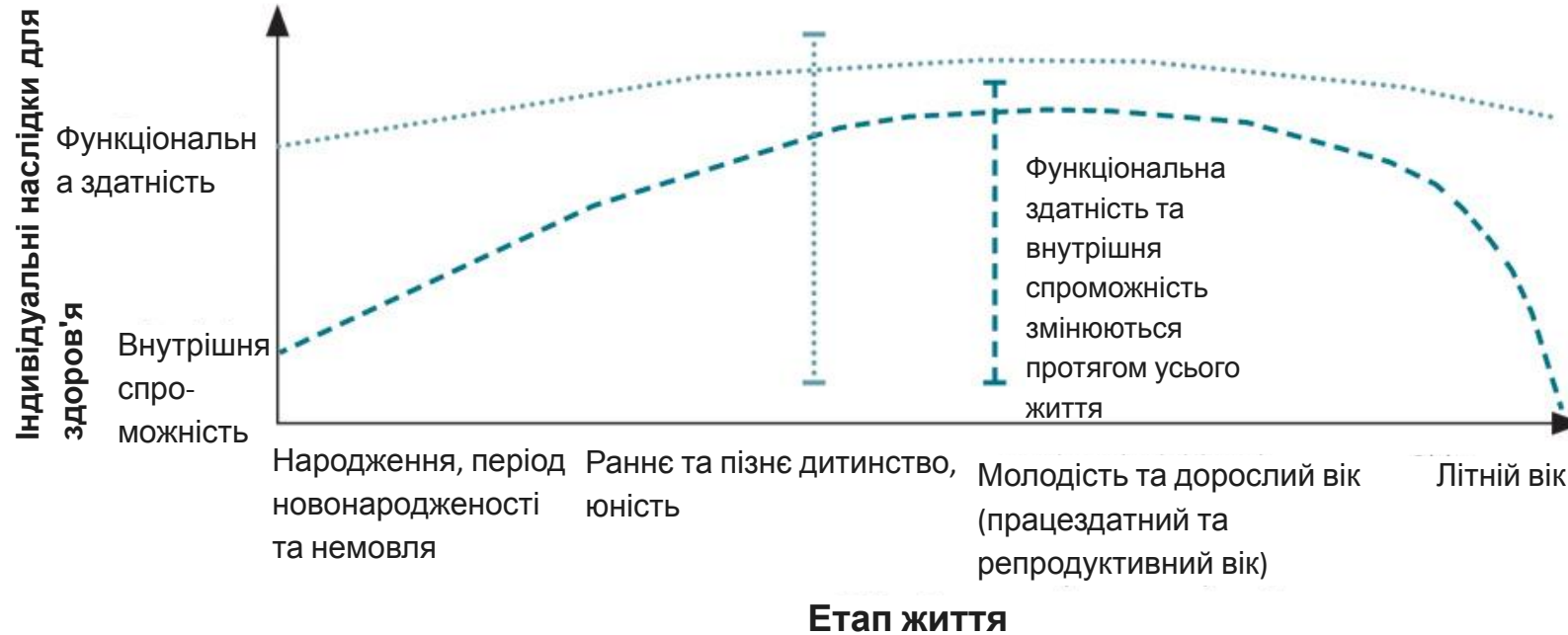
- Фізичне та психічне здоров'я людини, а також загальний добробут **формується протягом усього життя під впливом широкого спектру соціальних, економічних та екологічних факторів**. Ці ширші детермінанти здоров'я, разом з поведінковими факторами ризику, можуть діяти або як *захисні чинники*, що сприяють збереженню здоров'я, або як *фактори ризику*, які збільшують схильність до хвороб.
- На відміну від підходу, орієнтованого на захворювання, який фокусується на лікуванні окремих станів на певних етапах життя, підхід на основі життєвого циклу **розглядає критичні етапи, перехідні періоди та життєві обставини**, коли ключові втручання можуть суттєво вплинути на стан здоров'я.
- Забезпечуючи ці можливості впродовж усього життя, підхід на основі життєвого циклу спрямований на зміцнення здоров'я, профілактику захворювань і зменшення нерівності у сфері охорони здоров'я, що забезпечує **цілісний і безперервний підхід**.

Підхід на основі життєвого

Етапи життя



Концептуальні засади підходу на основі життєвого циклу, ВООЗ 2018 р.



- Критичні та чутливі періоди
- Кумулятивні ефекти
- Соціальні та екологічні детермінанти здоров'я
- Взаємопов'язаність життєвих фаз

Соціальні та екологічні детермінанти здоров'я
Сім'ї та громади, служби та системи охорони здоров'я та багатосекторальні фактори, пов'язані з соціокультурними нормами, економікою, політикою, фізичним середовищем та сталим розвитком

Принципи реалізації прав на практиці
Застосовуйте підхід, що ґрунтується на правах людини, враховує гендерні аспекти та забезпечує справедливе ставлення

Деякі з основних принципів підходу на основі життєвого циклу

1. Накопичення ризику

Ризики для здоров'я накопичуються протягом усього життя через вплив шкідливих факторів, таких як погане харчування та стрес. Кумулятивний ефект призводить до вищого ризику хронічних захворювань у подальшому житті.



2. Критичні та чутливі періоди

Певні періоди життя, такі як внутрішньо-утробний розвиток і раннє дитинство, є критичними вікнами, коли вплив корисних або шкідливих факторів може мати довготривалий вплив на стан здоров'я.

3. Взаємопов'язаність життєвих фаз

Здоров'я і розвиток на одному етапі життя впливають на здоров'я на наступних етапах, наприклад, стан здоров'я в дитинстві може вплинути на розвиток підлітків, що, в свою чергу, формує показники здоров'я дорослих.

4. Вплив соціально-економічного контексту

Соціальні, економічні та екологічні фактори, такі як бідність, освіта, житло та доступ до охорони здоров'я, є фундаментальними детермінантами здоров'я протягом усього життя.

5. Стійкість і гнучкість

Окремі особи та групи населення мають здатність адаптуватися та реагувати на виклики протягом усього життя, особливо якщо вони зазнають позитивних соціальних, екологічних або поведінкових впливів.



Фелліп та ін. 1998 р. в *Американському журналі превентивної медицини*, (Дослідження Несприятливого досвіду дитинства): **Довгострокові наслідки життєвих стресів**; стресові події в дитинстві можуть підвищити ризик хронічних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання.

Мармот та ін. 1991 р., *"Lancet"*, (дослідження Whitehall II); **Вплив соціально-економічних факторів на здоров'я**; особи з нижчим соціально-економічним становищем мають гірші показники стану здоров'я. Слід заохочувати здорову поведінку на всіх рівнях суспільства і приділяти більше уваги соціальному середовищу.



Хекман, 2006 р. в журналі *"Наука"*: **Економічні вигоди профілактики**; інвестиції в раннє дитинство можуть принести значні довгострокові фінансові вигоди.

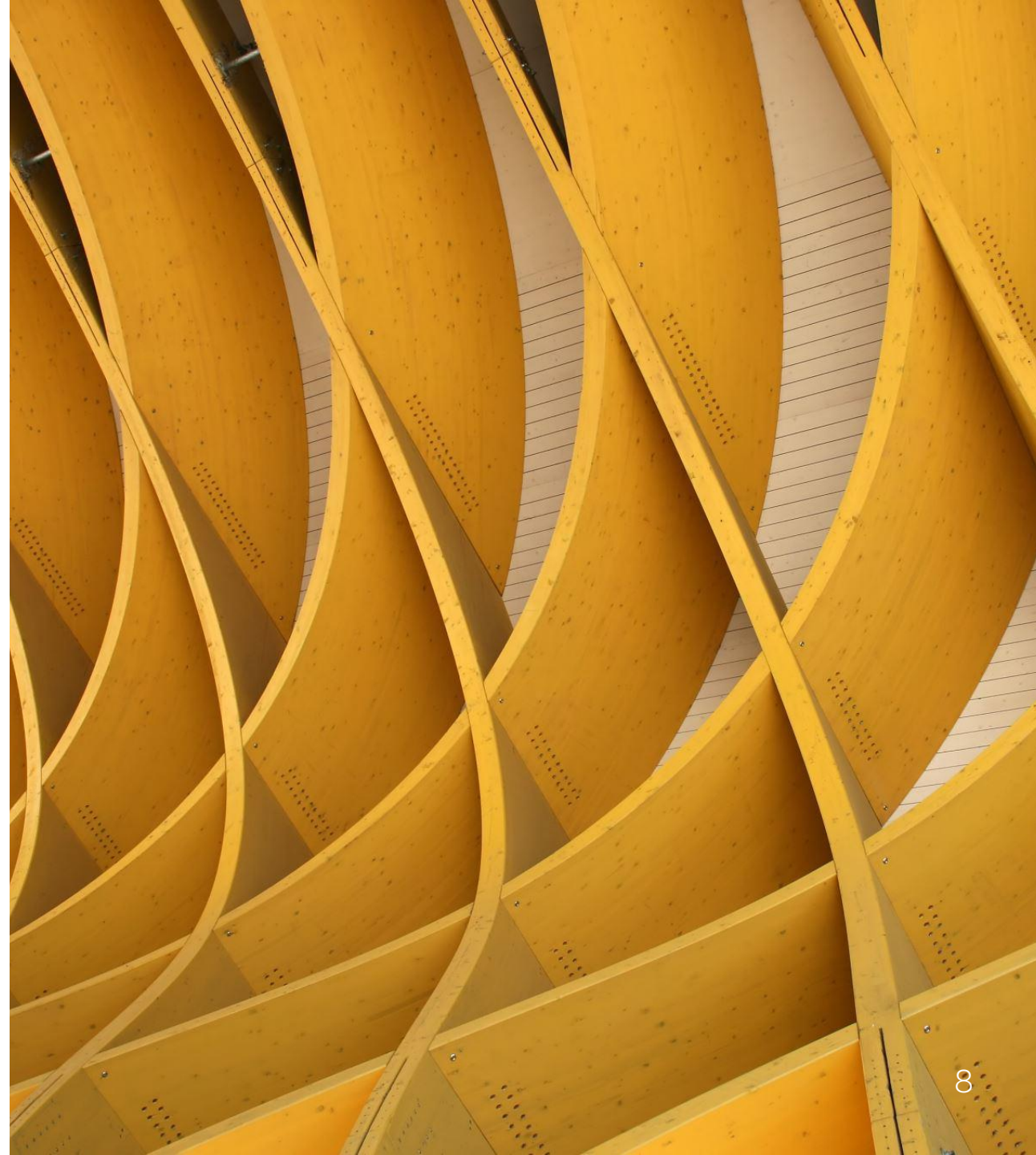


Барнес та ін. 2011 р. в *"Lancet Neurology"*: **Вплив способу життя та факторів ризику, пов'язаних зі здоров'ям, на виникнення хвороби Альцгеймера**; зменшення факторів ризику може запобігти мільйонам випадків хвороби Альцгеймера в усьому світі.

Підхід на основі життєвого циклу та політика

громадського здоров'я?

- Системи громадського здоров'я відіграють вирішальну роль у підтримці стану здоров'я протягом усього життя. Вони повинні задовольняти як **нагальні потреби у сфері охорони здоров'я, так і довгострокові детермінанти здоров'я**, інтегруючи профілактичні послуги, сприяючи здоровій поведінці та надаючи своєчасну медичну допомогу.
 - Підхід на основі життєвого циклу визнає, що різні етапи життя потребують різних стратегій зміцнення здоров'я та профілактики захворювань.
- Підхід на основі життєвого циклу у громадському здоров'ї та в охороні здоров'я ґрунтується на раніше згаданих **основних принципах, які визначають, як розуміти здоров'я і як до нього ставитися впродовж усього життя людини.**
- Основні принципи, що мають вплив на політику громадського здоров'я включають



Принципи

1. Накопичення ризику

Найважливіші висновки: Основні заходи мають бути спрямовані на зменшення довгострокового впливу ризиків, особливо у вразливих групах населення. Програми, спрямовані на покращення харчування, створення безпечнішого середовища та зменшення стресу в ранньому віці, можуть зменшити загальний тягар хронічних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання та діабет.

2. Критичні та чутливі періоди

Найважливіші висновки: Заходи впливу на громадське здоров'я повинні бути спрямовані на критичні періоди з використанням цілеспрямованих стратегій, таких як забезпечення належної охорони материнського здоров'я під час вагітності, підтримка освіти та харчування дітей раннього віку, а також вирішення проблем психічного здоров'я підлітків. Профілактичні заходи можуть запобігти або пом'якшити довгострокові проблеми зі здоров'ям.

3. Взаємопов'язаність життєвих фаз

Найважливіші висновки: Громадське здоров'я має застосовувати цілісний підхід, враховуючи, як політика, спрямована на ранні етапи життя, може вплинути на доросле і літнє населення. Наприклад, інвестиції в освіту та медичні послуги для дітей раннього віку можуть принести довгострокові вигоди для забезпечення більш здорового дорослого населення.

4. Вплив соціально-економічного контексту

Найважливіші висновки: Політика має бути спрямована на соціальні детермінанти здоров'я, сприяючи рівному доступу до охорони здоров'я, освіти, безпечного життєвого середовища та економічних можливостей. Зменшення нерівності в доходах та покращення соціальної мобільності може призвести до покращення стану здоров'я впродовж життя.

5. Стійкість і гнучкість

Найважливіші висновки: Заходи мають сприяти підвищенню життєстійкості шляхом підтримки здорової поведінки, міцних соціальних мереж і позитивних механізмів подолання труднощів. Політика має заохочувати підтримку психічного здоров'я, залучення громади та адаптаційні стратегії, щоб допомогти людям і громадам оговтатися від несприятливих життєвих подій.

Організація Об'єднаних Націй: Цілі сталого розвитку, ЦІЛЬ 3: МІЦНЕ ЗДОРОВ'Я І ДОБРОБУТ, забезпечення здорового життя і зміцнення

Здоров'я для всіх у будь-якому віці



Індикатори Цілі 3 сталого розвитку – забезпечення здорового життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці

3.1. Материнська смертність

До 2030 року знизити глобальний коефіцієнт материнської смертності до рівня менше 70 на 100 000 живонароджених.

3.2. Неонатальна та дитяча смертність

До 2030 року мінімізувати смертність новонароджених і дітей віком до 5 років, якій можна запобігти. Всі країни мають на меті скоротити неонатальну смертність принаймні до 12 на 1000 живонароджених, а смертність дітей віком до 5 років – принаймні до 25 на 1000 живонароджених.

3.3. Інфекційні хвороби

До 2030 року покласти край епідеміям СНІДу, туберкульозу, малярії та забутих тропічних хвороб, а також боротися з гепатитом, хворобами, що передаються через воду, та іншими інфекційними захворюваннями.

3.4. Неінфекційні хвороби

До 2030 року зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань шляхом профілактики та лікування, а також сприяти психічному здоров'ю та добробуту.

3.5. Зловживання психоактивними речовинами

Посилити профілактику та лікування зловживання психоактивними речовинами, включаючи зловживання наркотиками та зловживання алкоголем.

3.6. Дорожній рух

До 2020 року вдвічі зменшити кількість смертей і травм у світі внаслідок дорожньо-транспортних пригод.

3.7. Сексуальне та репродуктивне здоров'я

До 2030 року забезпечити загальний доступ до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, у тому числі для планування сім'ї, інформування та освіти, а також інтеграцію репродуктивного здоров'я в національні стратегії та програми.

3.8. Загальне охоплення медичним обслуговуванням

Забезпечити загальне охоплення медичним обслуговуванням, включаючи захист від фінансових ризиків, доступ до якісних базових медичних послуг і доступ до безпечних, ефективних, якісних і доступних життєво необхідних ліків і вакцин для всіх.

3.9. Здоров'я навколишнього середовища

До 2030 року знизити забруднення повітря, води та ґрунту, зменшити кількість хвороб, спричинених забрудненням, і вдвічі знизити кількість смертей і травм, спричинених забрудненням.

3 МІЦНЕ ЗДОРОВ'Я І ДОБРОБУТ	TARGET 3-1	TARGET 3-2	TARGET 3-3	TARGET 3-4
TARGET 3-5	TARGET 3-6	TARGET 3-7	TARGET 3-8	TARGET 3-9
TARGET 3-A	TARGET 3-B	TARGET 3-C	TARGET 3-D	3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING



У Фінляндії перспектива життєвого циклу інтегрована в численні ініціативи, політики та стратегії громадського здоров'я, наприклад, ..

1. Концепція "Здоров'я в усіх сферах політики" (ЗУС)

Фінляндія активно впроваджує підхід "Здоров'я в усіх сферах політики" (HiAP), який спрямований на вирішення питань охорони здоров'я шляхом залучення соціальної, економічної та екологічної політики в різних секторах. Фінляндія визнає, що фактори, які впливають на здоров'я, накопичуються протягом усього життя людини, починаючи з раннього дитинства.

2. Стратегія Міністерства соціальної політики та охорони здоров'я (до 2030)

Міністерство соціальної політики та охорони здоров'я Фінляндії зосереджується на зміцненні здоров'я та добробуту на всіх етапах життя, зменшенні нерівності у сфері охорони здоров'я, а також на підвищенні доступності та якості соціальних і медичних послуг. *Діюча стратегія (-2030)* наголошує на особистісно-орієнтованому підході, стійкій та ефективній системі охорони здоров'я, а також міжсекторальній співпраці задля покращення громадського здоров'я.

3. Політика охорони здоров'я матері та дитини

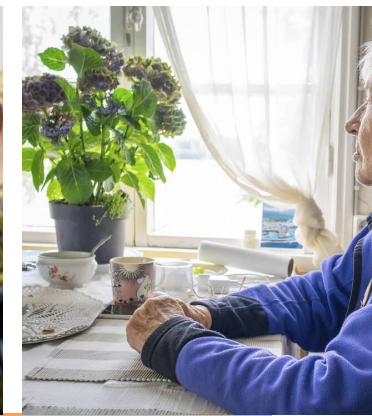
Система охорони здоров'я матері та дитини (Neuvola), одна з найбільш визнаних у світі превентивних служб охорони здоров'я, включає в себе підхід на основі життєвого циклу, надаючи комплексну допомогу та консультації, починаючи з періоду вагітності і продовжуючи до раннього дитинства. Система призначена для моніторингу та підтримки здоров'я і розвитку як матері, так і дитини, враховуючи довгостроковий вплив на здоров'я і добробут.

4. Національна стратегія охорони психічного здоров'я (2020-2030)

Стратегія охорони психічного здоров'я Фінляндії (2020-2030), в якій одним із ключових принципів є перспектива всього життєвого циклу, підкреслює важливість зміцнення психічного здоров'я та профілактики проблем на всіх етапах життя. Цей підхід визнає, що фактори, які впливають на психічне здоров'я, такі як сім'я, освіта і робота, змінюються на різних етапах життя, що вимагає індивідуального втручання.



Приклади фінських практик та послуг для різних вікових груп



Раннє дитинство (0-6 років)

- Система охорони здоров'я матері та дитини (NEUVOLA)
- Програми вакцинації

Шкільний вік (7-18 років)

- Шкільна охорона здоров'я, включаючи психологічні послуги
- Безкоштовне шкільне харчування
- Програми протидії булінгу

Ранній дорослий вік (18-29)

- Послуги з охорони здоров'я для молоді, включаючи психологічні послуги
- Послуги "Ох'яамо" (комплексні послуги та консультування для молоді з груп ризику)

Працездатний вік (30-65 років)

- Скринінгові програми (рак молочної залози та шийки матки)
- Моніторинг факторів ризику неінфекційних захворювань у групах ризику
- Охорона здоров'я на робочих місцях та базова первинна медична допомога

Похилий вік (65+ років)

- Послуги з догляду та підтримки на дому
- Клініки пам'яті для людей похилого віку з деменцією
- Активні програми старіння



Вплив конфлікту на різних етапах ЖИТТЯ



- Збройні конфлікти, війна та насильство можуть глибоко вплинути на психологічний стан людей, їхні соціальні стосунки, економічну стабільність та загальну якість життя. Такий вплив може включати фізичні ушкодження, психологічні травми, перервану освіту або працевлаштування, а також довготривалі соціальні та економічні проблеми. Характер і тяжкість цих наслідків можуть відрізнятися **залежно від етапу життя та середовища, в якому відбувається вплив конфлікту.**
- Крім того, вимушене переміщення та статус біженця можуть ще більше загострити ці проблеми, призвести до додаткової травми та нестабільності.
- Конфлікти часто порушують роботу основних служб охорони здоров'я, створюють надзвичайний стрес і призводять до погіршення стану здоров'я, яке може зберігатися протягом багатьох поколінь.
- Ці впливи часто взаємопов'язані і можуть мати довгострокові наслідки, які поширюються не лише на тих, хто безпосередньо постраждав, але й на майбутні покоління та суспільство в цілому.

Що ми знаємо про вплив конфлікту на різні вікові групи та суспільство в цілому?

Дитинство та юність

- **Психологічні наслідки:** Вплив конфлікту може спричинити психологічну травму у дітей та підлітків, зокрема ПТСР, тривогу та депресію, які можуть залишитися у дорослому віці та вплинути на загальний розвиток. У підлітковому віці конфлікт може призвести до порушення процесів соціалізації та плутанини з ідентичністю.
- **Фізичні травми:** Перебування в зонах конфлікту може призвести до фізичних ушкоджень, які можуть вплинути на ріст і розвиток дитини, а також мати довгострокові наслідки для її фізичного здоров'я та функціональності.
- **Переривання освіти:** Конфлікти часто переривають навчання, погіршуючи когнітивний і соціальний розвиток. Таке переривання освіти може обмежити майбутні можливості дітей та підлітків у навчанні та кар'єрному зростанні.

Дорослий вік

- **Економічний вплив:** Економічний вплив: Дорослі, які пережили конфлікт, можуть втратити роботу, майно та соціальні зв'язки, що ускладнює економічне відновлення.
- **Психічне та фізичне здоров'я:** Вплив конфлікту може призвести до хронічних розладів психічного здоров'я, включаючи депресію, тривогу та ПТСР. Хронічний стрес і травми можуть мати тривалий вплив на фізичне здоров'я. Перебування в зонах конфлікту може призвести до фізичних травм.
- **Сімейна динаміка:** Стрес і травма можуть дестабілізувати сімейні відносини, що впливає на соціальну підтримку і якість життя родини. Це також ускладнює виконання батьківських обов'язків, оскільки батьки намагаються впоратися з власними травмами.



Літній вік

- **Накопичена травма:** Сукупний вплив конфліктів протягом життя може призвести до ускладнення травми та посилення відчуття вразливості в похилому віці. Люди похилого віку можуть відчувати соціальну ізоляцію, самотність і брак систем підтримки.
- **Проблеми зі здоров'ям:** Фізичне здоров'я може суттєво погіршитися через довготривалий вплив стресу та відсутність доступу до медичної допомоги. Хронічні захворювання можуть загострюватися, люди похилого віку можуть опинитися в стані інвалідності без належного догляду.
- **Економічна незахищеність:** Люди похилого віку, які пережили конфлікт, можуть мати менше заощаджень, пенсій або соціального забезпечення, особливо якщо їхня трудова діяльність була перервана. Це може призвести до бідності та залежності від підтримки інших.

Міжгенераційний та ширший суспільний вплив

- **Передача травми:** Наслідки конфлікту можуть передаватися через покоління. Діти та онуки тих, хто пережив конфлікт, можуть успадкувати психологічні та соціальні наслідки.
- **Економічна нестабільність та міжгенераційна бідність:** "Економічні труднощі, спричинені конфліктом, можуть передаватися наступним поколінням, обмежуючи їхні освітні можливості та економічну мобільність, посилюючи цикли бідності.
- **Згуртованість громади:** Конфлікт може підірвати довіру та соціальну згуртованість у громадах, що призводить до розколу, дискримінації та соціальної фрагментації.
- **Вплив на культуру:** Конфлікт часто призводить до втрати культурної спадщини, переміщення громад і руйнування традиційних соціальних структур. Це може вплинути на ідентичність, цінності та культурну спадкоємність.

Висновки та рекомендації

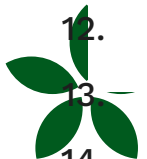
- **Ранні втручання мають значення:** Інвестиції на ранніх стадіях життя, таких як здоров'я матері та дитини, можуть покращити тривалі позитивні наслідки для здоров'я та знизити ризики хронічних захворювань.
- **Адаптована політика на різних етапах життя:** Стратегії громадського здоров'я повинні враховувати особливі потреби на різних етапах життя для більш ефективної допомоги.
- **Врахування соціальних детермінант:** Системи громадського здоров'я повинні враховувати соціальні детермінанти, такі як соціально-економічний статус та освіта, для сприяння рівності та усунення нерівності
- **Управління ризиками та підвищення стійкості:** Ризики для здоров'я та стійкість різняться з часом; таким чином, політика громадського здоров'я повинна бути спрямована на зниження ризиків та підвищення стійкості протягом усього життя.
- **Вплив конфлікту:** Конфлікт може спричинити довготривалі проблеми зі здоров'ям, включаючи фізичні ушкодження та психологічні травми. Системи громадського здоров'я повинні реагувати на ці довгострокові наслідки, пропонуючи підтримку психічного здоров'я та сприяючи відновленню і стабільності.



Фахівці громадського здоров'я та політики повинні розглянути, як можна включити **стратегії на основі життєвого циклу у свої програми та політику**. Сюди належить пріоритетність ранніх втручань, заохочення до здорової поведінки на всіх етапах життя і забезпечення того, щоб системи охорони здоров'я були здатні підтримувати людей протягом усього їхнього

Джерела та література

1. Barker, DJ (1990) The fetal and infant origins of adult disease. *BMJ* 1990. Nov 17;301(6761):1111.
2. Barker, DJ and C. Osmond (1986) Infant mortality, childhood nutrition, and ischemic heart disease in England and Wales. *Lancet* 1(8489): 1077-81.
3. Barnes, DE and K. Yaffe (2009) The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology* 2011 Sep;10(9):819-28.
4. Bendavid, E et al. (2021) BRANCH Consortium Steering Committee. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet*. 2021 Feb 6;397(10273):522-532.
5. Berkman, LF, Kawachi, I, and Glymour, MM (eds.) (2014) *Social epidemiology* (2nd ed.). Oxford University Press.
6. Ben-Shlomo, Y & D. Kuh (2002) A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives, *International Journal of Epidemiology*, Volume 31, Issue 2, April 2002, Pages 285-293.
7. Felitti, V. J. et al. (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study." *Am J Prev Med* 14(4): 245-58.
8. Heckman, JJ (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science* 312(5782), 1900-1902.
9. Kuruvilla, S et al. (2018). A-life course approach to health: synergy with
10. sustainable development goals. Conceptual framework for a life-course approach to health. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 42-50.
11. Lynch, J and GD Smith (2005) A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annu Rev Public Health* 2005; 26:1-35.
12. Levy, BS and VW Sidel (2009) Health effects of combat: a life-course perspective. *Annu Rev Public Health* 2009; 30:123-36.
13. Marmot, MG & RG Wilkinson (eds.) (2006). *Social determinants of health* (2nd ed.). Oxford University Press.
14. Marmot, MG et al (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991 Jun 8;337(8754):1387-93.
15. Poulter, M et al (2007) Evidence of a causal relationship between "fast-track"...





Дякую!

Контакти:
laura.kestila@thl.fi

