

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

Москаленко В.Ф.,
Грузева Т.С.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ УРБАНІЗАЦІЇ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м.Київ)

Резюме: В статті висвітлено сучасні тенденції та особливості урбанізаційних процесів у світі, Європі, Україні. Охарактеризовано урбанізацію як складову загальносвітового соціально-економічного розвитку суспільства. Розкрито вплив урбанізації на здоров'я населення. Проаналізовано зрушення в стані популяційного здоров'я під впливом екологічних змін, поведінкових та інших чинників ризику. Окреслено сучасні стратегії політики ВООЗ з попередження та нівелювання негативних наслідків урбанізації і поліпшення умов життя міського населення.

Ключові слова: урбанізація, міське населення, особливості розселення, екологія, спосіб та умови життя, здоров'я, чинники ризику, міське планування, політика і стратегії розвитку.

Однією з найважливіших сучасних демографічних тенденцій є швидке зростання міських поселень. У третьому тисячолітті більше половини населення світу живе у містах. Хоча ще на початку XIX ст. у міських поселеннях проживало лише 3% жителів планети, на початку XX ст. — близько 14%, в середині — 30%, на межі XXI ст. їх частка складала вже 47% [1-3].

Швидкий темп збільшення чисельності міського населення відбувається на тлі скорочення чисельності сільського населення.

В основі процесів урбанізації лежить розвиток різних галузей економіки, нарощування промислового потенціалу, створення нових виробництв, посилення інтеграційних зв'язків, формування розгалуженої транспортної мережі, що обумовлює підвищення ролі міст у суспільному житті, відтік робочої сили з сільської місцевості у міську, збільшення чисельності міського населення. Процеси урбанізації з різною силою проявляються в усіх регіонах світу і характеризуються значними відмінностями на окремих територіях, які пов'язані з соціально-економічними, політичними, історичними, культурними та іншими чинниками.

Масштаби та темпи урбанізації є об'єктом пильної уваги політиків, науковців, управ-

лінців і підлягають глибокому аналізу з боку міжнародних, регіональних та національних організацій.

Особливих масштабів збільшення міського населення набуває в Азії. У 2007 р. сукупна чисельність міського населення Європи, Латинської Америки і Океанії складала 1275 млн, тоді як чисельність міських жителів Азії досягла 1645 млн. Хоча Азія і Африка вважаються найменш урбанізованими регіонами світу, згідно з прогнозом, до 2050 р. найбільшими темпами буде зростати чисельність населення Африки (в 9,3 разу), Азії (в 2,1 разу). Міське населення Європи збільшиться в 1,1 разу, інших регіонів — в 1,5 разу. Серед окремих країн найбільшою чисельністю міського населення відрізняються Китай, Індія і США, де сконцентровано 35% усіх міських мешканців світу. В 2007 р. 75% жителів міст проживали у 25 країнах [4].

Поряд зі збільшенням абсолютної і відносної чисельності міського населення світу, окремих регіонів і країн, зростає його концентрація у великих і надвеликих агломераціях.

Переважає кількість міських жителів проживає у відносно невеликих містах, з населенням до 500 тис. Проте спостерігається тенденція до скорочення їх частки з 56,9% у 1975 р. до 52,0% у 2007 р. Прогнозні розра-

хунки вказують на її подальше зменшення до 51,3% у 2015 р.

Натомість, питома вага населення, сконцентрованого у великих містах — зростає. Частка мешканців міст з населенням понад 1 млн в 1975 р. складала 32,1%, у 2007 р. — 38,3%, а в 2025 р. складатиме 40,1%. Число міст-мільйонерів зросло з 181 у 1975 р. до 431 — у 2007 р., і досягне за прогнозом до 2025 р. 599.

Характерною особливістю сучасних урбанізаційних процесів є швидке збільшення числа надвеликих міст і чисельності їх жителів. Число міст з населення більше 5 млн збільшилося з 18 в 1975 р. до 40 — в 2005 р. Прогнозується їх зростання до 2015 р. до 61.

Організація Об'єднаних Націй запропонувала термін «мегаполіс» для визначення міських агломерацій з чисельністю населення 8 млн осіб і більше, з 1990-х років — понад 10 млн осіб.

За оцінками експертів ООН, в 1950 р. в світі було всього два мегаполіси, а саме Нью-Йорк з 12,3 млн мешканців і Токіо з 11,3 млн. У 1975 р. їх стало три: Токіо (26,6 мільйона осіб), Нью-Йорк (15,9), і Мехіко (10,7), а в 2005 р. — 20. До 2015 р. кількість мегаполісів збільшиться до 22 за рахунок Стамбула і Гуанчжоу. Чисельність населення, яке сконцентровано в містах з числом жителів 10 млн і більше, зростає за 1975-2005 рр. з 53,2 до 292,6 млн осіб, а до 2015 р. зростає до 359,2 млн осіб [5].

У Європейському регіоні ВООЗ місто з числом жителів, що перевищує 10 мільйонів, є тільки у Східній Європі (Москва), а частка міського населення, що проживає в поселеннях з числом жителів менше 500 тис., становить від 59,2% у Південній Європі до 72,8% у Північній. Питома вага населення, що проживає в містах з населенням понад мільйон, складає 19,1% міського населення в Західній Європі, 20,2% у Східній Європі, 24,9% у Північній Європі та 28,9% у Південній Європі.

Відділ населення Департаменту з економічних і соціальних питань ООН кожні два роки переглядає і уточнює відповідно до наданої інформації оцінки та прогнозні розрахунки чисельності міського та сільського населення всіх країн світу, а також населення найбільших міських агломерацій. У 2008 р. світовий громадськості було представлено результати чергового перегляду, підготовленого на основі прогнозних розрахунків чисельності населення світу до 2050 р.

Доповідь “Перспективи світової урбанізації перегляду 2007 року” містить оцінки і прогнозні показники чисельності міського та сільського населення світу, що охоплюють столітній період з 1950 р. по 2050 р. Дані представлено за основними групами країн різного рівня розвитку, шістьма великими географічними регіонами і 229 країнами та територіями світу. Крім того, представлено ретроспективні і прогнозні оцінки чисельності населення всіх міських агломерацій в 2007 р. та на період з 1950 р. по 2025 р., а також про розподіл міського населення основних регіонів світу за міськими агломераціями різного розміру за той же період. Оцінки чисельності населення, що проживає на міських територіях і в містах, ґрунтуються на інформації, що надходить від національних статистичних органів відповідно до критеріїв, що використовуються в кожній окремій країні. Джерелом для них найчастіше слугують підсумки переписів населення. В деяких країнах використовуються дані реєстрів населення та адміністративного обліку. Оскільки країни використовують різні критерії виділення міського населення, в доповіді крім джерел інформації по кожній країні наведено коментарі і визначення міських поселень, до яких вони відносяться.

За міжнародними стандартами Україна вважається урбанізованою країною, де більшість населення проживає у містах. Протягом ХХ століття відбулося різке зростання чисельності міського населення з 18,5% у 1927 р. до 67,2% у 2001 р., про що свідчать дані переписів населення. У 2009 р. питома вага міських жителів досягла 68,1% (рис.1).

Окремі адміністративні території України суттєво відрізняються за рівнем урбанізації. Найбільшою є частка міського населення в областях південно-східного регіону. За даними Всеукраїнського перепису населення 2001 р. питома вага міських жителів в Донецькій області становила 90%, Луганській — 86% [6].

Станом на 2010 р. в 21 адміністративній території України чисельність міського населення перевищує чисельність сільського населення. Лише у Вінницькій (49%), Закарпатській (37%), Івано-Франківській (43%), Рівненській (48%), Тернопільській (44%), Чернівецькій (42%) областях частка міського населення є меншою 50%. Зростання чисельності міського населення відбувається, переважно, за рахунок переселення жителів сіл у міста.

Швидке зростання чисельності міст та міського населення в сучасних умовах є одним

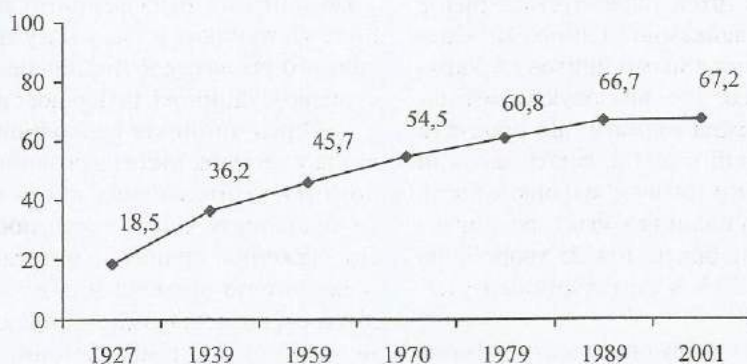


Рис.1. Частка міського населення в загальній структурі населення України (%) за даними переписів населення

з найважливіших питань охорони здоров'я у 21 столітті. Це пов'язано з тим, що темпи урбанізації небагато перевищують можливості урядів окремих країн щодо розвитку відповідної інфраструктури. Неконтрольована урбанізація може поглибити існуючу гуманітарну кризу і мати негативні наслідки для якості життя, здоров'я і безпеки міських жителів.

Оскільки урбанізація має свої позитивні і негативні сторони, завданням владних структур є удосконалення міського планування, будівництва, розвитку з тим, щоб посилити переваги, надані урбанізацією, і попередити негативні її прояви, скоротити їх вплив на життя і здоров'я.

Міське середовище з високою концентрацією проживання, щільністю розташування виробництв, розгалуженою транспортною мережею тощо характеризується значним техногенним навантаженням, високими рівнями забруднення повітря, проблемами з постачанням якісної питної води, утилізації відходів. Екологічні детермінанти здоров'я формують значний тягар екологічно обумовленої патології, включаючи хронічні неспецифічні хвороби легень, бронхіальну астму, серцево-судинні захворювання, алергійні прояви, запальні захворювання органів дихання, порушення репродуктивної сфери, опорно-рухового апарату тощо.

Враховуючи, що майже третина населення України підпадає під вплив забруднювачів повітря, цей факт деякою мірою може пояснити зростання інфекційної захворюваності на дифтерію, туберкульоз і т.ін., а також відсутність належного ефекту від вакцинації. Зростає кількість випадків хронічного бронхіту, бронхіальної астми, новоутворень дихальної системи. Встановлено, що серед 19 міст з різним рівнем забруднення атмосферного по-

вітря найменша очікувана тривалість життя при народженні (як у чоловіків, так і у жінок) у містах з розвинутою металургійною і хімічною промисловістю, на противагу містам без такої промисловості з меншою забрудненістю повітря.

Слід зазначити, що сучасна міська людина проводить в житлових і громадських будівлях 60-85% часу на добу. Основна кількість приміщень як житлових, так і громадських погано ізольована від зовнішнього повітря, тому в них широко представлені атмосферні забруднювачі. Крім того повітря житла забруднюється: продуктами неповного згоряння побутового газу; леткими виділеннями полімерних матеріалів; продуктами паління та життєдіяльності організму людей і тварин.

Робота вентиляційних систем в будівлях часто є незадовільною. Це стосується в першу чергу дитячих закладів, шкіл, лікарень. За рахунок підвищення кількості дітей у групах або класах, особливо в останні роки, якість повітря в цих установах різко погіршилась. У приміщеннях існують підвищені рівні електромагнітного поля, радіочастот, електричного і магнітного полів 50 Гц, статичного електричного поля, віброакустичного забруднення тощо. Житло впливає на здоров'я людини своєю площею, об'ємом, мікрокліматом, освітленням. Загальновідомий емоційний вплив таких показників житла як розмір і пропорції приміщень, колір, інсоляція тощо. На сьогодні близько 1/3 населення країни мешкає в незадовільних умовах: гуртожитках, старих будівлях, не має окремого житла.

Особливу загрозу для здоров'я становлять продукти паління. Діти, що зазнали впливу продуктів паління, мають погіршену функцію легень, частіше хворіють на респіраторні захворювання та бронхіальну астму. У дорос-

лому віці у таких дітей підвищується ризик захворювання на лейкоз та лімфоми. Спеціальні дослідження з цього приводу в Україні не проводились, але, враховуючи міжнародний досвід, можна вважати, що продукти паління, накопичені в житлі, дають вагомий внесок у підвищення дитячої захворюваності. Відомо також, що паління є фактором ризику для виникнення більш, ніж 25 хвороб, які складають майже 75% в структурі смерті нашого населення.

У викидах, які забруднюють атмосферне повітря, містяться канцерогенні речовини. Численними дослідженнями встановлено зв'язок між забрудненням атмосфери канцерогенами і підвищенням рівнем злویзисних новоутворень. Серед п'яти найбільш поширених видів раку у Європі рак легень становить 14% випадків захворювань і 20% смертей. Причинами захворювань на рак легень, крім тютюнопаління, є професійні канцерогени, такі як азбест, радіація, забруднення атмосферного повітря у містах [7].

У багатьох роботах показано зв'язок забруднень атмосферного повітря хімічними речовинами з ростом захворювань генетичної природи. При цьому рівень вроджених вад розвитку в умовах промислових міст залежить не лише від інтенсивності забруднення, але й від характеру атмосферних викидів [8,9]. Ряд хімічних речовин має мутагенні властивості. Мутагенність може проявлятися у збільшенні частоти хромосомних аберацій в соматичних і статевих клітинах, що призводить до новоутворень, спонтанних абортів, перинатальної смерті плоду, аномалій розвитку, безпліддя [10]. Дія чинників навколишнього середовища проявляється, перш за все, в ураженні структури і погіршенні функціональної діяльності статевих залоз, порушенні функцій відтворення, внутрішньоутробному ураженні плоду і пов'язаному з цим збільшенні числа аномалій розвитку та хромосомних аберацій.

Висока чутливість жіночого організму до токсичних сполук пояснюється специфічним впливом на генеративну функцію. В забруднених районах частіше, ніж у відносно чистих, зустрічаються вагітність і пологи з несприятливим, ускладненим перебігом. Це пов'язано з впливом шкідливих факторів на функції таких життєво важливих органів, як печінка, нирки, кровотворні органи, до яких під час вагітності ставляться підвищені вимоги.

Наукові дані свідчать, що діти, народжені після патологічних вагітностей та пологів,

у забруднених атмосферними викидами регіонах часто мають низьку масу тіла і рівень фізичного розвитку, функціональні відхилення серцево-судинної і дихальної систем [11-13].

Серед чинників навколишнього середовища у великих містах з розвинутою промисловістю та інтенсивним рухом автомобільного транспорту чільне місце посідає свинець. Дослідження впливу цього важкого металу в екологічно обумовлених дозах на здоров'я дітей свідчать про зміни в показниках фізичного розвитку, гематологічних, біохімічних показниках та показниках когнітивної сфери [14].

З покриттів підлоги, стін, перегородок, віконних блоків, дверей, які містять полімерні матеріали, в повітря можуть тривалий час мігрувати різні хімічні речовини, що може викликати у людей стан дискомфорту, серцево-судинні розлади, напади бронхіальної астми. Контакт з різними полімерами сприяє розвитку алергічних реакцій. При цьому причинами алергічних дерматитів і екзем є формальдегідні, епоксидні, поліефірні, поліамідні, поліхлорвінілові смоли, синтетичні каучуки і латекси.

Відмічено, що у приміщеннях з більшою насиченістю полімерів захворюваність людей на простудні, алергічні захворювання і гіпертензію є вищою, ніж у приміщеннях з меншою кількістю полімерів.

Дослідження останніх років свідчать, що короткотермінові зміни в складі завислих частинок у повітрі асоціюються з негативними наслідками для здоров'я навіть при низьких рівнях експозиції. Відмічені ефекти проявляються в широкому діапазоні, який включає в себе незначні зміни функції дихання, підвищення рівня захворюваності на респіраторні і серцево-судинні хвороби та зростання показників смертності.

За даними досліджень, тривалий несприятливий вплив завислих частинок супроводжується зниженням очікуваної тривалості життя майже на 1-2 роки. Поширеність симптомів бронхіту у дітей і зниження параметрів функції легень у дітей і дорослих пов'язані з тривалою експозицією завислих частинок.

Загальний тягар нездоров'я через завислі частинки може перевищувати 100 тис. втрачених років життя щорічно [7].

Діюча у даний час система контролю за забрудненням атмосферного повітря спрямована на визначення стандартних речовин, які містяться у промислових викидах підприємств з урахуванням продуктів їх трансфор-

маші [15, 16]. Як екологічно небезпечний чинник відходи є одним з найбільш значимих факторів забруднення довкілля. Найбільш токсичні відходи потребують спеціальних заходів щодо їх знешкодження і повної ізоляції. На території України знаходиться 2754 полігони для зберігання промислових відходів – 63% з них з різних причин не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам. Викликають занепокоєння місця зберігання непридатних та заборонених до використання пестицидів. Відповідна інфраструктура щодо поводження з токсичними і радіоактивними відходами на сьогодні в Україні відсутня.

За даними Європейської бази „Здоров'я для всіх” середня річна концентрація завислих речовин в столицях європейських країн коливається від 13,9 мкг/м³ в Ірландії до 58 мкг/м³ у Латвії, при рекомендованому рівні 10-20 мкг/м³ згідно з новими „Керівними принципами ВООЗ з якості повітря”.

Цей показник в атмосферному повітрі столиць країн Європейського Союзу збільшився протягом 2001-2003 рр. з 27,3 мкг/м³ до 30,5 мкг/м³, або на 11,7%. У столиці Італії це збільшення в період 1998-2003 рр. становило 52,6%, Чеської Республіки – 41,0%, Великої Британії – 39,5%, Бельгії – 34,5%.

В 2004 р. концентрація завислих речовин у столиці Боснії і Герцеговини складала 54,3 мкг/м³, Словенії – 43,8, Чеської Республіки – 40,9, Нідерландів – 36,9.

За викидами двоокису сірки в європейських країнах лідирують Сербія і Чорногорія, де показник становить 106,7 кг на душу населення, Болгарія та Ісландія з показниками 104,8 і 104,6 відповідно. Разом з тим, середня річна концентрація двоокису сірки в атмосферному повітрі в Нідерландах становить 3,1 мкг/м³, в Норвегії та Австрії не перевищує 5 мкг/м³. Згідно з оновленими у 1997 р. „Керівними принципами ВООЗ з якості повітря” рекомендований показник становить 20 мкг/м³. В період з 1991 по 1995 рр. середня річна концентрація двоокису сірки в столицях Європейських держав скоротилася з 10,9 до 7,3 мкг/м³. В країнах Європейського Союзу у 2002 р. вона становила 6,52 мкг/м³. У столицях країн СНД зареєстровано нижчі рівні концентрації двоокису сірки у повітрі (2,5 мкг/м³) порівняно з країнами Європейського Союзу. Найменші рівні забруднення спостерігаються в Центральназіатських країнах (1,4 мкг/м³). Поруч зі скороченням викидів двоокису сірки в країнах Європейського Союзу протягом 1990-2000 рр. в 3 рази, в Євро-

пейському регіоні в цілому – в 2,1 разу, цей показник збільшився в Сербії і Чорногорії в 2,2 разу, в Латвії – в 1,4 разу.

Рекомендований показник становить 40 мкг/м³. Протягом 2000-2002 рр. середня річна концентрація двоокису азоту в столиці Австрії збільшилася на 6,6%, Фінляндії – на 8,7%, Латвії – на 10%, Бельгії – на 10,5%, Німеччини – на 11,5%, Норвегії – на 43,3%. Зростання забруднення атмосферного повітря двоокисом азоту протягом 1998-2002 рр. було характерним для столиць Італії (на 7,7%), Норвегії (на 43,3%), Словаччини (на 3,0%). У той же час, в цілому в Європейському Союзі показник дещо знизився (на 4,8%).

Забруднення атмосферного повітря негативно позначається на стані здоров'ї жителів Європи. Про це свідчить значна поширеність хвороб органів дихання, онкологічних хвороб, вроджених вад розвитку та висока смертність від цих причин, зокрема від бронхіту, емфіземи, астми, раку.

Смертність від бронхіту, емфіземи і астми в країнах Європейського регіону ВООЗ (ЄР) знижувалася протягом 1990-1998 рр. з 26,0 до 22,8 на 100 тис. Така ж тенденція спостерігалася в країнах Європейського Союзу (ЄС), де за вказаний термін показники зменшилися з 18,1 до 13,5 на 100 тис. Проте з 1999 р. почалося поступове зростання смертності від цих хвороб. У 2004 р. темп приросту склав 9,1% в цілому в Європі і 25,5% в Європейському Союзі. В країнах Співдружності незалежних держав (СНД) протягом 1990-1997 рр., навпаки спостерігалася зростання смертності від вказаних причин, яке у 1998 р. змінилося поступовим скороченням. Проте і в 1990 р., і у 2004 р. смертність внаслідок захворювань на бронхіт, емфізему і астму в країнах СНД, у т.ч. в Україні, перевищувала аналогічні показники в ЄР та ЄС.

Встановлено, що показники смертності від екозалежної патології варіюють у значних межах в окремих країнах Європейського регіону. Загальний тягар нездоров'я від впливу завислих речовин в Європі перевищує 100 тис. років життя, які втрачаються щорічно. Екологічні чинники є причиною передчасної смерті 500 тис. осіб, а також – 4-5 млн. нових випадків захворювань на бронхіт.

Захворюваність на злоякісні новоутворення збільшилася в Європі протягом 1996-2005 рр. на 11,2% і досягла 378,9 випадку на 100 тис. Найвищі її рівні характерні для країн Європейського Союзу (466,2 на 100 тис.). В країнах СНД показник становить 268,3, в

центральноазіатських країнах ЦАРК – 96,6 на 100 тис.

Лідують за рівнями захворюваності на онкологічну патологію Швейцарія (1233,8 на 100 тис.), Угорщина (798,0), Чехія (661,6), Данія (633,8). Порівняно невисокі показники частоти появи захворювань виявлені в Андоррі (4,0 на 100 тис.), Таджикистані (30,2), Туркменістані (59,5), Узбекистані (60,2), Туреччині (71,5). Серед 53 країн Європейського регіону ВООЗ Україна посідає 32 місце за рівнем захворюваності, 29 – за рівнем смертності від онкологічної патології.

Питома вага осіб з онкологічними хворобами збільшилася в Європейському регіоні ВООЗ протягом 1990-2004 рр. з 1,0% до 1,5%. За вказаний період захворюваність на рак трахеї, бронхів, легень виросла в країнах Європейського Союзу на 5,5%, у т.ч. в Угорщині – в 2 рази, Румунії – в 1,6 разу, Болгарії – в 1,4 разу. Рівень захворюваності на вказану патологію в країнах ЄС є найвищим (53,7 на 100 тис.) порівняно з регіоном в цілому (45,9) та Україною (40,1 на 100 тис.) [17].

Україна, як урбанізована країна, з потужним промисловим потенціалом, зазнає значного техногенного навантаження і деградації довкілля. Протягом 2008 р. в повітряний басейн, водні та земельні ресурси країни потрапило 11,0 млн т небезпечних забруднювальних речовин, з яких 54% та 38% припадає відповідно на шкідливі викиди в атмосферу і поверхневі водойми, 8% – на небезпечні відходи, якими забруднюються земельні ресурси [18].

Порівняно з попереднім роком збільшення шкідливих викидів в атмосферу відмічало-

ся у 12 регіонах країни, у т.ч. в Херсонській (на 26%), Київській (на 15%), Львівській, Миколаївській та Чернігівській (на 14%), Черкаській (на 11%), Харківській (на 8%) областях.

Основними забруднювачами повітря країни у 2008 р. були підприємства переробної та видобувної промисловості (відповідно 33% та 21% шкідливих викидів) та підприємства-виробники електроенергії, газу і води (37%). В період з 2000 р. по 2008 р. обсяги шкідливих викидів від стаціонарних джерел збільшилися на 14,3%.

Від пересувних джерел забруднення у 2008 р. в повітря надійшло 2,7 млн т шкідливих речовин, переважна частина з яких (2420,3 тис. т, або 90,1%) – це викиди автомобільного транспорту. Протягом 2000-2008 рр. обсяги шкідливих викидів від пересувних джерел збільшилися на 37,8%.

В Україні негативні екологічні наслідки урбанізаційних процесів обумовили високі рівні екологічно залежної патології серед міського населення.

Захворюваність на бронхіальну астму міських жителів в 1,7 разу перевищує аналогічний показник у сільських мешканців (рис.2).

Частота появи злоякісних новоутворень серед міських мешканців є більшою, ніж у сільських. У 2008 р. захворюваність на онкологічну патологію жителів міської місцевості становила 341,1 на 100 тис., сільської – 297,0 на 100 тис.

Специфічний спосіб життя міських жителів з притаманним йому ритмом, інтенсивністю, недостатньою фізичною активністю, нездоровим харчуванням, шкідливими звич-



Рис. 2. Захворюваність міського і сільського населення України на бронхіальну астму у 2008 р. (на 100 тис.)

ками тощо сприяє розвитку багатьох порушень здоров'я, у т.ч. соматичного, психічного, психологічного плану.

В цілому захворюваність міського населення України на 30,8%, а поширеність хвороб – на 24,0% перевищує аналогічний показник сільського населення. Вищі рівні захворюваності жителів міст порівняно з сільською місцевістю особливо виразно проявляються на прикладі інфекційної патології (в 2 рази), частоти новоутворень (в 1,7 разу), вроджених вад розвитку (в 1,6 разу), травм і отруєнь (в 1,6 разу), хвороб шкіри та підшкірної клітковини (в 1,5 разу) [19].

Поряд з вищими рівнями захворюваності міського населення за більшістю класів хвороб, порівняно з сільським, особливу тривогу викликають значні рівні смертності. Зокрема, смертність міського населення від інфаркту міокарда у 2008 р. в 2,2 разу перевищувала смертність сільського населення, від хвороб сечостатевої системи – на 29,8%, ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду – на 29,5%, інфекційних і паразитарних хвороб на 27,3%, хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин – на 26,9%, у т.ч. від цукрового діабету – на 40,5%, цереброваскулярних хвороб – на 14,4%, від злоякісних новоутворень – на 11,1%, хвороб органів травлення – на 9,6% (рис.3).

Спостерігається негативна тенденція до зростання вказаних показників.

Міський спосіб життя з розвитком транспортним сполученням і недостатньою інфраструктурою активного дозвілля є головною причиною гіподинамії та чинником ризику багатьох хвороб, насамперед серцево-судинних, ожиріння, остеохондрозу. Пара-

доксальним є те, що при прискореному темпі життя, спосіб життя міських мешканців стає малорухливим.

В Україні більше третини (37%) чоловіків і майже половина (48%) жінок ведуть малорухливий спосіб життя. З віком поширеність гіподинамії дещо зростає. У молодому віці рівень фізичної активності кожного четвертого чоловіка і другої жінки характеризується як недостатній.

Недостатність фізичної активності разом з нерегулярним, незбалансованим, нездоровим харчуванням призводить до значних темпів збільшення поширеності ожиріння у багатьох країнах Європи, у т.ч. в Україні. Надлишкова маса тіла і ожиріння є серйозною проблемою громадського здоров'я. Прогнозні дані свідчать, що до 2010 р. від ожиріння будуть страждати 150 млн дорослих і 15 млн дітей країн Європейського регіону ВООЗ. Серед дорослого населення в Європі внаслідок надлишкової маси тіла та діабету виникає 80% випадків діабету II типу, 35% випадків ішемічної хвороби серця, 55% гіпертонічної хвороби, а також понад 1 млн смертей і 12 млн років життя з поганим здоров'ям. Країни витрачають на вирішення проблем ожиріння близько 6% загальних випадків системи охорони здоров'я [20].

В Україні за статистичними даними 30% населення України у віці від 25-30 років страждають на вказану патологію і майже 50% – у віці 45-50 років. Найбільших значень показник досягає у старших вікових групах населення, особливу тривогу викликає зростання поширеності ожиріння серед дитячого населення. У 1995 р. частота ожиріння становила 7,1 на 1000 дітей у віці до 14 років, у 2005 р. –

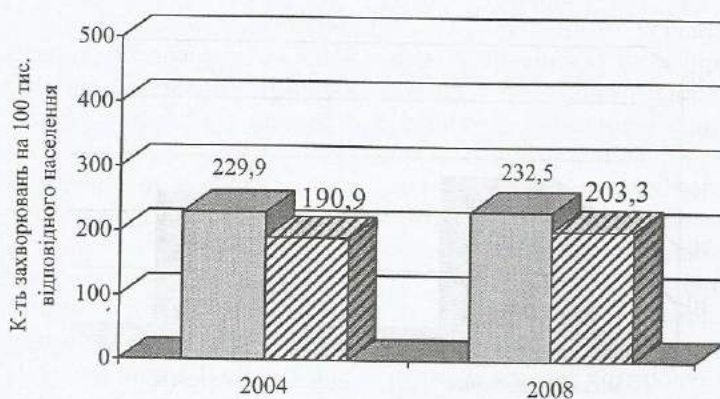


Рис. 3. Смертність міського та сільського населення України від цереброваскулярних хвороб у 2004 р. та 2008 р. (на 100 тис.)

8,7 відповідно. У 2008 р. в країні нараховувалося 98,8 тис. дітей з ожирінням [21].

Глобальною проблемою громадського здоров'я є поширеність шкідливих звичок, зокрема куріння і зловживання алкоголем, яке особливо виразно проявляється серед міського населення. Рівень споживання тютюну в містах може бути вищим через більшу доступність тютюнової продукції та цільового маркетингу, особливо в країнах, що розвиваються. Абсолютне число курців в містах може бути значним, навіть якщо показник поширеності є нижчим, ніж у сільській місцевості. За даними міжнародного дослідження здоров'я 2003 р., середній показник поширення вживання тютюну в містах перевищував 20% у всіх регіонах ВООЗ, крім Африки.

За даними Державного комітету статистики України у 2008 р. курили 26,7% міського населення старше 12 років і 23,4% сільського населення [22] (рис.4). За даними епідеміологічних досліджень поширеність тютюнопаління в Україні досягає 45% серед чоловіків і 16% – серед жінок.

Розвинене транспортне сполучення на відносно невеликих територіях та значний парк транспортної техніки створюють ризик екологічного забруднення, високу імовірність дорожньо-транспортних пригод. Чинниками, що сприяють підвищенню ризику ДТП є висока концентрація автотранспортних засобів, змішаний транспортний потік, різні категорії учасників дорожнього руху на єдиному дорожньому просторі, слабка інфраструктура і неадекватне міське планування. Більша частина забруднення повітря автотранспортними засобами також припадає на міста. ДТП залишаються важливою, постійно зростаючою проблемою громадської охорони

здоров'я, пов'язаною з транспортом. У світі на дорогах гине щорічно 1,2 млн осіб, понад 50 млн травмуються, десятки мільйонів отримують каліцтва. Прогнозні дані свідчать про можливість збільшення цих цифр в наступні 20 років на 65%. В Україні рівні дорожньо-транспортного травматизму мають тенденцію до зростання. В період 2000-2007 рр. показник числа дорожньо-транспортних пригод збільшився з 6,0 до 8,8 на 10 тис. населення [23,24]. Майже половина загиблих у ДТП – це пішоходи, велосипедисти або користувачі моторизованих двоколісних транспортних засобів, які є більш вразливими учасниками дорожнього руху, ніж автомобілісти. Стандартизований показник смертності від дорожньо-транспортних пригод в Україні становить 16,0 на 100 тис., що в 1,5 разу вище, ніж в Європейському регіоні і в 2 рази, ніж в країнах ЄС.

Для міського населення, як і населення планети в цілому, характерними є значні прояви нерівності. Прошарки з низьким рівнем доходів мають гірші умови проживання, менші можливості для здорових умов і способу життя, високі рівні захворюваності і смертності.

Міське населення набагато частіше наражається на ризики насильства, у т.ч. на вбивства, напади, сексуальні домагання тощо.

При збереженні існуючого рівня урбанізації зростатимуть загрози посилення її нездорового впливу на громадське здоров'я і збільшення численних проблем соціальної сфери. Враховуючи це, високою є потреба в розробці нового підходу до проблем урбанізації та нової парадигми суспільної охорони здоров'я.



Рис. 4. Поширеність куріння серед міського і сільського населення України старше 12 років у 2008 р. (%)

портном. У світі 2 млн осіб, понад 10 мільйонів отримали свідчення про шість в наступні роки дорожньо-транспортних пригод. Тенденція з 1994-2007 рр. показує зростання кількості транспортних пригод на 1 тис. населення з 1,5 до 2,5. Найбільш у ДТП загиблими або користувачами транспортних засобів є учасники дорожньо-транспортних пригод. Кількість смертності від ДТП в Україні зростає в 1,5 разу вище, ніж в Європі, а в 2 рази, ніж в США.

... як і населення
... значні про-
... рівнем
... жання, мен-
... умов і способу
... і смерт-
... частіше нара-
... на вбивства,
... тощо.

рівня урбані-
систення її не-
здоров'я і
соціальної
є потреба в
урбані-
охорони

Сучасні стратегії вирішення проблеми урбанізації і здоров'я передбачають вплив на чотири ключові галузі, що вимагають вживання заходів, і включають міське планування, поліпшення умов життя в місті, міське управління за активної участі громадськості, створення рівних можливостей для життя людей усіх вікових груп [25].

Науково обгрунтоване міське планування сприяє здоровому способу життя і безпеці. Органи місцевого самоврядування та громадянське суспільство можуть спроектувати майданчики в місті для заохочення підвищення фізичної активності, вкладати кошти у активні транспортні засоби; сприяти здоровому харчуванню шляхом забезпечення наявності та доступу до свіжих продуктів харчування, і знизити кількість випадків насильства та злочинів шляхом правильного природоохоронного проектування та заходів регулювання і контролю, включаючи контроль кількості пунктів продажу спиртних напоїв.

Поліпшення умов міського життя вимагає застосовувати принципи міського планування, що сприяють зміцненню здоров'я населення, зі зручним доступом до основних зручностей і послуг, цільовим використанням комерційних та некомерційних ділянок землі. При цьому існує нагальна потреба у відведенні ділянок землі під парки та заповідники, місця відпочинку та розваг.

Забезпечення належних житлових умов для всіх громадян є однією з найбільших міських проблем. Якість житла і адекватний доступ до комунальних послуг, таких як водопостачання і каналізація, є важливими детермінантами здоров'я.

У світлі сучасних стратегій, спрямованих на вирішення існуючих проблем, вимагає удосконалення міське управління за активної участі громадськості. Слід розробити місцеві механізми управління містом за активної участі всього населення, що дозволить місцевим громадам та органам місцевого самоврядування спільно створювати більш здорові і безпечні міста.

Розвиток міст з рівними можливостями для всіх людей різного віку є важливим аспектом вирішення проблем урбанізації. Люди з обмеженими можливостями становлять не менше 10% населення, і відсутність рівних можливостей закриває їм доступ до освіти, зайнятості та суспільного життя. В цілому йде процес швидкого старіння населення планети, росте число людей похилого віку, багато з яких ледве пересуваються, мають поганий зір

і слух. Такі заходи, як зручний громадський транспорт, спеціальні з'їзди з тротуарів, безпечні пішохідні переходи, наприклад, сенсорне дорожнє покриття, перехрестя, регульовані за допомогою сигналів, підвищують безпеку і рівень участі в житті міста людей з обмеженими можливостями та похилого віку.

Скорочення нерівності є провідною стратегією поліпшення здоров'я населення. Усі міські жителі виграють від будівництва міст «з рівними можливостями для всіх», які доступні і прихильні до жителів різного віку. Такі заходи не обов'язково вимагають великих вкладень, скоріше потребують прийняття зобов'язань з перерозподілу ресурсів з пріоритетом рівних можливостей, що сприятиме підвищенню ефективності.

З огляду на правові аспекти охорони здоров'я та відповідальність урядів, суспільства і приватних осіб за реалізацію права на здоров'я, потребує заохочення об'єднання зусиль муніципальної влади, громадянського суспільства та окремих громадян з метою захисту права на здоров'я нинішнього і майбутніх поколінь міських жителів. Шляхом згуртування різних верств суспільства для активної участі в розробці політики можна домогтися стійких результатів у сфері охорони здоров'я.

Темою Всесвітнього дня здоров'я 2010 р. було обрано тему «Урбанізація та здоров'я». У документах ВООЗ до Всесвітнього дня здоров'я вказано «Ми переживаємо переломний момент, рухаючись в бік все більшої урбанізації світу і, разом з цим, до необхідності прийняти всі наслідки, які дана ситуація може мати для нашого здоров'я, як сприятливі, так і несприятливі. Замість того, щоб через п'ятдесят років думати, що могло б бути зроблено, ми можемо вжити необхідних заходів зараз з тим, щоб зростаючі міста стали містами здоров'я».

Таким чином, урбанізація є незаперечною тенденцією сучасного етапу розвитку суспільства. Вона відображає історичний процес підвищення ролі міст у розвитку суспільства, зміну соціально-економічних, демографічних, політичних, етнокультурних і географічних умов, кардинальні перетворення в територіальній організації життя суспільства.

Посилюються численні проблеми громадського здоров'я в умовах урбанізації, які стосуються забезпечення харчуванням та питною водою; контролю і запобіганню забрудненню повітря, водних ресурсів, ґрунтів; утилізації та захоронення нагромаджених

шкідливих виробничих і побутових відходів, а також інші соціальні проблеми.

Урбанізацію не можна оцінювати односторонньо, як позитивне або негативне явище, її прояви можуть мати різну оцінку в залежності від її впливу на якість навколишнього середовища, спосіб життя і здоров'я мешканців міст. В сучасних умовах урбанізація асоціюється в багатьох країнах світу з проблемами популяційного здоров'я, у т.ч. з поширеністю хронічних неінфекційних хвороб, алергійних проявів, нездоровим способом життя, низькою фізичною активністю, високими рівнями травматизму тощо. Це вимагає пріоритетної уваги до проблеми урбанізації і здоров'я з боку міжнародних, регіональних, національних і місцевих органів управління, ділових кіл, недержавних організацій, громадського суспільства.

Сучасні стратегії та підходи до вирішення проблем зі здоров'ям у містах стосуються удосконалення міського планування, міського управління, поліпшення умов життя, створення рівних можливостей для усіх мешканців. Поліпшення умов життя жителів міст, пом'якшення та усунення негативних проявів

урбанізації можливе за умови вжиття спільних зусиль усіх секторів суспільства, удосконалення і реалізації активної політики розвитку міських поселень.

Особливої актуальності набувають питання підвищення поінформованості фахівців, керівників, населення з питань урбанізації і здоров'я, спонукання до ефективних дій та демонстрація місцевим органам необхідності взяття відповідальності і вжиття заходів з оздоровлення міст, створення більш сприятливих екологічних і соціальних умов з метою забезпечення стійкого розвитку.

Метою проведення Всесвітнього дня здоров'я 2010 р. під гаслом «1000 міст 1000 життів. Здоров'я міст — це важливо» є інтеграція проблеми урбанізації і здоров'я в стійку стратегію громадського здоров'я шляхом регулярних заходів на різних рівнях. Відзначення цієї дати у світовому масштабі покликане забезпечити прихильність справі широкого включення питань здоров'я в політику розвитку міст і сприяти поліпшенню якості життя та здоров'я міських жителів.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗАЦИИ

Москаленко В.Ф., Грузева Т.С.

Резюме: В статье освещены современные тенденции и особенности урбанизационных процессов в мире, Европе, Украине. Охарактеризована урбанизация как составная общемирового социально-экономического развития общества. Раскрыто влияние урбанизации на здоровье населения. Проанализированы сдвиги в состоянии популяционного здоровья под воздействием экологических изменений, поведенческих и других факторов риска. Очерчены современные стратегии политики ВОЗ по предупреждению и нивелированию негативных последствий урбанизации и улучшению условий жизни городского населения.

Ключевые слова: урбанизация, городское население, особенности расселения, экология, образ и условия жизни, здоровья, факторы риска, городское планирование, политика и стратегии развития.

PUBLIC HEALTH UNDER URBANIZATION

Moskalenko VF, Hruzyeva T.S.

Summary: The article highlights the current trends and features of the Urban processes in the world, Europe, Ukraine. We characterize the urbanization as a component of the global socio-economic development of society. Disclose the impact of urbanization on health. Analyzed changes in the state of population health under the influence of environmental changes behavioral and other risk factors. Are outlined current strategy of the WHO policy on the Prevention and leveling the negative effects of urbanization and improving living conditions of the urban population.

Key words: urbanization, urban population, especially the resettlement, environment, image and living conditions, health, risk factors, urban planning, policy and strategy development.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зубченко Л. Огляд зарубіжних періодичних друкованих видань за статистикою і демографією // Питання статистики. — М., 2003 р.
2. Новиков В.Н. Экология, урбанизация, жизнь. — М., 2000. — 328 с.
3. Доклад о развитии человека 2009. Преодоление барьеров: человеческая мобильность и развитие / Пер с англ.; ПРООН — М.: Издательство «Весь Мир», 2009. — 232 с.
4. <http://demoscope.ru/weekly/gb/gbshow.php>
5. Доклад ООН «Перспективы мировой урбанизации». — Нью-Йорк, 2008.
6. Населення України, 2003 рік / (демографічний щорічник). — К.: Державний комітет статистики України, 2004. — 364 с.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г. — Копенгаген: ЕРБ ВОЗ. — Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, №97. — 156 с.
8. Шутков Д.В., Коновалов О.Е. Влияние природно-географических и антропогенных факторов на заболеваемость и смертность от врожденных аномалий кровообращения и болезней системы кровообращения у детей // Проблемы управления здравоохранением. — 2005. — № 1. — С.47-52.
9. Минайчева Л.И., Назаренко Л.П., Шапран Н.В., Фадюшина С.В., Светлова Н.В., Жураева Г.Т. Мониторинг врожденных пороков развития в Томской области // Здравоохранение Российской Федерации. — 2005. — №4. — С.47-49.
10. Чашин В.П., Сивочалова О.В., Денисов Э.И. Экологические и этические проблемы охраны репродуктивного здоровья населения // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2003. — №3. — С.13-17.
11. Михайлова Е.В. Здоровье детей школьного возраста на территориях с разным уровнем загрязнения атмосферного воздуха // Здравоохранение Российской Федерации. — 2004. — №6. — С.25-27.
12. Горобец П.Ю., Ильченко И.Н., Ляпунов С.М., Шугаева Е.Н. Распространенность экологически зависимых нарушений нервно-психического развития у детей в возрасте 4-7 лет при хроническом воздействии тяжелых металлов в малых дозах // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения. — 2005. — №1. — С.14-20.
13. Скачков М.А. Бронхолегочная патология у детей в промышленном городе // Российский педиатрический журнал. — 2003. — №2. — С.31-35.
14. Гнідой І.М., Діхтярук І.І. Здоров'я школярів в умовах екологічного свинцевого пресингу // Матеріали наук.-практ. конф. Українського науково-дослідного інституту охорони здоров'я дітей та підлітків «Здоров'я школярів на межі тисячоліть», Харків, 17-19 травня, 2000 р. — Харків, 2000. — С.16-19.
15. Смагулов Н.К., Крашановская Т.Р., Узбеков В.А. Гигиеническая оценка загрязнения воздуха ароматическими углеводами с учетом процессов их трансформации в атмосфере промышленного региона // Гигиена и санитария. — 1997. — №4. — С. 12-13.
16. Узбеков В.А., Крашановская Т.Р., Стиплина Е.С. и др. // Пробл. медицинской экологии. — Караганда, 1995. — Т.2. — С.83-87.
17. Европейська база даних «Здоров'я для всіх» (<http://www.euro.who.int/?language=Russian>).
18. Довкілля України 2008 / Аналітична доповідь Держкомстату України. — К., 2009. — 11 с.
19. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я за 2007-2008 роки. — К.: ЦМС МОЗ України. — 327 с.
20. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. Резюме. — ВОЗ, Копенгаген, 2007. — 77 с.
21. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної. — К.: ВБ «Авіцена», 2009. — 240 с.
22. <http://www.ukrstat.gov.ua>
23. Всемирный доклад л предупреждении дорожно-транспортного транспортного: резюме. — ВОЗ, Женева, 2004. — 54 с.
24. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Галієнко Л.І. Передчасна смертність населення як глобальна соціально-медична проблема // Охорона здоров'я України. — 2008. — №2 (30). — С.9-19.
25. 1000 городов 1000 жизней. Здоровье городов — это важно / Практическое руководство для организаторов мероприятий. — ВОЗ, 2010. — 37 с.