



## О Концепции здорового образа жизни и здорового питания

### *Утративший силу*

Постановление Правительства Республики Казахстан от 7 июня 1999 года № 710.  
Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 6 апреля 2011 года № 380

**Сноска. Утратило силу постановлением Правительства РК от 06.04.2011 № 380.**

В целях реализации Приоритета 4 Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана, сформулированного в послании Президента страны народу Казахстана "Казахстан-2030" и Программы действий Правительства Республики Казахстан на 1998-2000 годы Правительство Республики Казахстан постановляет :

1. Одобрить прилагаемую Концепцию здорового образа жизни и здорового п и т а н и я .
2. Настоящее постановление вступает в силу со дня подписания.

Премьер-Министр  
Республики Казахстан

Одобрена

постановлением Правительства  
Республики Казахстан  
от 7 июня 1999 г. № 710

Концепция здорового образа жизни и  
з д о р о в о г о п и т а н и я

1 . О б щ и е п о л о ж е н и я

В резолюции 30 сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения здоровье для всех рекомендовано возвести в ранг государственных политик, "Основная социальная задача Правительств и ВОЗ в предстоящее десятилетие должна заключаться в достижении к 2000 году всеми жителями Земли такого уровня здоровья, которое позволит им жить продуктивно в социальном и экономическом плане". В этой связи принимается, что:

1. Одним из ведущих факторов, определяющих состояние здоровья, является образ жизни, в связи с чем первоочередной целью в достижении высокого уровня здоровья является формирование здорового образа жизни и нового отношения гражданина к своему здоровью, которые должны стать естественной и внутренней потребностью каждого человека. Общая стратегия укрепления здоровья включает такие элементы, как общественная политика здорового образа жизни, стереотип поведения, переориентация служб здравоохранения, особенно в части взаимодействия с населением, образование и др.

2. Целью стратегии здорового образа жизни является обеспечение для всего населения равного доступа к факторам, определяющим здоровье, начиная от служб, способствующих формированию и поддержанию здорового образа жизни, и кончая потребительскими товарами и услугами.

3. Здоровый образ жизни является одной из основных задач в реализации генеральной стратегии ВОЗ по достижению здоровья для всех (WHO, 1993), в формулировке которой сказано: "К 2000 г. во всех государствах - членах должны применяться постоянные усилия, направленные на активное укрепление и поддержку здорового образа жизни, характеризующегося сбалансированным питанием, занятиями физической культурой...".

4. К основным путям решения задачи здорового образа жизни относится, по определению ВОЗ, "стимулирование и пропагандирование здоровых привычек приема пищи, основанных на имеющихся рекомендациях в отношении нормативов и режима питания."

5. Существенная роль питания как компонента первичной медико-санитарной помощи определена в декларации исторической международной конференции ВОЗ и ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи (г. Алма-Ата, 1978).

6. Концепция здорового образа жизни рассматривается в контексте здорового питания - ключевого звена в формировании здорового образа жизни.

В соответствии с долгосрочным приоритетом 4: "Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана", Посланием Президента народу Казахстана "Казахстан - 2030" здоровый образ жизни является исключительно политическим, экономическим и медико-социальным критерием развития страны.

7. В настоящем долгосрочном приоритете в качестве основных проблем

охраны и укрепления здоровья определены: предотвращение заболеваний и стимулирование здорового образа жизни, борьба с наркоманией и наркобизнесом, сокращение потребления алкоголя и табака, улучшение здоровья женщин и детей, улучшение питания; чистота окружающей среды и экологии.

## 2. Состояние здоровья и образа жизни населения Республики К а з а х с т а н

В последние годы усилились негативные тенденции в состоянии здоровья населения, снижаются темпы прироста населения и рождаемость, сохраняются на низком уровне показатели здоровья женского и детского населения, имеет место значительный рост заболеваемости туберкулезом, болезнями, передаваемыми половым путем, остается высокая распространенность вирусным гепатитом.

С 1990 по 1996 гг. показатель средней продолжительности предстоящей жизни уменьшился на 4,1 года у мужчин и на 2,7 года - у женщин, составив 59,7 и 70,4 года соответственно.

По данному показателю Республика Казахстан находится на предпоследнем месте среди Центрально-азиатских государств и отстает от европейских стран на 10 - 15 лет.

Наиболее опасная тенденция по показателям смертности и средней продолжительности предстоящей жизни складывается в возрастной группе мужчин молодого возраста, последствием чего являются огромные экономические и социальные потери. Базовыми критериальными факторами являются:

8. Заболевания сердечно-сосудистой системы, от которых ежегодно умирает более 45 тысяч человек; среди причин смертности они имеют первое место. На втором месте - несчастные случаи, травмы и отравления. Третье место в структуре причин смертности занимают злокачественные новообразования.

К основным факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний относятся: курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, низкая физическая активность, психо-эмоциональные перегрузки и т. д.

Немаловажное значение в снижении медико-демографических показателей имеют обусловленные переходным периодом социально-экономические трудности, повлекшие рост бедности, социального неравенства, сложности психо-эмоциональной перестройки, падение нравственности и морально-этических норм.

9. Низкий уровень занятий физкультурой и спортом. Среди взрослого населения доля регулярно занимающихся спортом и физической культурой не

превышает 8%, среди детей только 5% посещают спортивные секции, в частности, в учебных программах обычного и профессионального образования количество учебных занятий по физической культуре в 3-4 раза меньше научно-обоснованных нормативов, не более 50% нуждающихся занимается в специализированных группах. На грани полного развала специализированная медицинская служба по спортивной медицине и врачебному контролю за занимающимися спортом и физической культурой.

10. Отсутствие достаточно достоверных сведений в целом по республике о численности курящих в разрезе отдельных социально-демографических групп населения. По данным отдельных исследований курит 61,5% мужчин и 9,2% женщин, однако эти цифры полностью не отражают истинного состояния, в последние годы имеет место явное увеличение доли курящих среди детей школьного возраста и молодых. Табакокурение является одним из основных факторов риска развития онкологической патологий легких, ишемической болезни сердца, хронических неспецифических заболеваний легких, а также внезапной младенческой смерти.

11. Устойчивая тенденция роста числа больных хроническим алкоголизмом. Только в 1997 году было взято на учет более 37,6 тыс. человек, на диспансерном учете состояло более 200 000, свыше 31 тыс. находилось на стационарном учете.

12. Регистрируется увеличение числа лиц, употребляющих наркотики, снижение среднего возраста наркоманов. В частности, доля несовершеннолетних и молодых равна не менее 2/3. В 1997 году на учете состояло более 25,6 тыс. человек, регулярно употребляющих наркотики.

13. Крайне сложная обстановка по инфекционным заболеваниям, в том числе передающимся половым путем. Средний показатель распространенности сифилиса составляет по Казахстану 268,9 на 100 000 населения. О высокой скрытой заболеваемости свидетельствует относительно высокий процент (2,3%) выявления сифилиса при стационарном обследовании терапевтических и неврологических больных. В 1997 году врожденный сифилис регистрировался у 0,41 на 10000 новорожденных, заболеваемость гонореей составила 91,1 на 100000 населения. По данным республиканского центра по борьбе со СПИДом, на 01.05.98 г. в Казахстане зарегистрировано 667 ВИЧ-инфицированных, в т.ч. 10 больных детей до 15 лет. Ежегодно в республике регистрируется от 44 до 55 тысяч случаев вирусного гепатита и острых кишечных инфекций, 80% из которых - отмечены у детей. В среднем в год выявляется 13,0-14,5 тыс. больных туберкулезом, состоит на учете - 52,2 тыс. больных, в том числе 14 тыс. бактериовыделителей. Казахстан относится к категории государств с неблагоприятной ситуацией по туберкулезу.

14. Неблагополучна в республике и экологическая обстановка: более 630

тыс.кв. км площади отнесены к экологически неблагоприятным, свыше 800 промышленных предприятий не соответствуют санитарно-гигиеническим требованиям.

Данные свидетельствуют о неблагоприятной медико-демографической и экологической ситуации в Республике Казахстан, что требует принятия на правительственном уровне срочных мер по повышению здоровья населения.

### 3. Состояние питания населения

Одним из негативных последствий для переходного периода стало увеличение доли населения, для которой недоступно полноценное потребление доброкачественных продуктов питания, снижение объемов производства сельскохозяйственной продукции и массивное поступление на внутренний рынок новых, зачастую низкокачественных товаров импортного производства.

Дефицит питания в основном касается мясных, молочных и плодоовощных категорий продуктов питания, что влечет за собой недостаточное потребление белков животного происхождения, витаминов С, А, Е и ряда микроэлементов (железо, селен).

Наряду с дефицитом потребления основных пищевых продуктов в республике среди отдельных групп населения сохраняется тенденция перехода к "обильным" и расбалансированным рационам с преобладанием насыщенных жиров, углеводов, недостаточным содержанием витаминов и микроэлементов, высокой энергетической ценностью. Последнее способствует росту заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии, ожирения, диабета и т.д. Анализ состояния питания населения показывает, что:

15. Имеет место резкий дефицит содержания витамина А в молоке у кормящих матерей (0,029 мг/100 мл при средней норме - 0,061 мг/100 мл). Наиболее низкие показатели регистрировались у женщин, проживающих в сельской местности (0,028 мг/100 мл), и казахской национальности (0,027 мг/100 мл). Настоящая низкая концентрация витамина в женском грудном молоке является прямым следствием его дефицита в рационах питания кормящих матерей и фактором риска формирования гиповитаминозов А у детей. Даже при умеренной недостаточности витамина А наблюдается задержка в росте, снижается устойчивость к инфекции, увеличиваются показатели детской смертности. В настоящее время достаточно четко установлено, что с помощью ликвидации или уменьшения дефицита витамина А можно существенно снизить детскую смертность. Смертность среди детей, плохо питающихся, но получающих достаточное количество витамина А была меньше, чем у детей, получавших достаточно пищи, но дефицитной по витамину А.

16. К наиболее опасным микронутриентным дефицитам относится железодефицитная анемия, связанная с недостаточным потреблением, либо нарушенным усвоением пищевого железа. Группами риска по данному виду патологии являются беременные женщины, кормящие матери и дети раннего возраста. Наличие железодефицитной анемии определяет высокие уровни материнской и детской смертности, отставание в физическом и умственном развитии детей, низкую устойчивость к инфекционным заболеваниям и неблагоприятному воздействию факторов внешней среды. 46% женщин репродуктивного возраста в республике страдают железодефицитной анемией, нетяжелые формы малокровия встречаются в 70% случаев, в 2,8% регистрируется тяжелая степень заболевания (DHS,1996). Среди детей раннего возраста железодефицитная анемия распространена в 69,2% случаев, в том числе у 1/3 - выраженная, а у 5% - тяжелая степень.

17. Не менее важным микронутриентным дефицитом является йодная недостаточность, следствием которой могут быть существенные задержки в психическом и физическом развитии детей, нарушение обменных процессов и иммунологической реактивности организма. Из 14 областей республики 11 относятся к эндемичным по дефициту йода в почве, воде и местных пищевых продуктах, наиболее сложная ситуация по гипотиреозу сложилась в южных регионах республики. Так, среди населения юга Казахстана гипотиреоз определяется в 6-8% случаев, а у детей, рожденных женщинами, страдающими гипотиреозом - в 14%. Частота неонатального гипотиреоза составляет 7,3%. Общая распространенность зоба среди школьников г.Кентау достигает 24%.

Ликвидация микронутриентных дефицитов наряду с комплексной иммунизацией, санитарно-гигиеническими мероприятиями является одним из эффективных методов профилактики против инфекционных болезней, особенно острых кишечных инфекций и острых респираторных заболеваний, занимающих ведущее место в структуре причин детской смертности.

18. Важное значение в проблеме здорового питания имеет грудное вскармливание, как ведущий фактор, обеспечивающий полноценное развитие ребенка, его устойчивость к инфекционным заболеваниям, а также высокий уровень здоровья кормящих матерей и профилактика ряда форм онкологической патологии. Кроме того, грудное вскармливание влияет на сроки восстановления овуляции после родов и риск наступления беременности.

В Казахстане доля кормящих женщин с гипогалактией составляет 32%. К 4 месяцам жизни более 40% детей нуждается в искусственном либо смешанном вскармливании.

Исключительно грудное вскармливание в возрасте до 3 месяцев жизни, рекомендуемое ВОЗ (WHO/UNICEF, 1990), имеет место только в 12% случаях,

24% младенцев указанного возраста в дополнении к грудному молоку получают воду, 52% - другие пищевые продукты и жидкости. Средняя продолжительность грудного вскармливания по Казахстану составляет 14 месяцев, однако имеются значительные региональные различия ( в г. Алматы - 9 месяцев, в северо-восточном регионе - 5 месяцев).

Приведенные данные свидетельствуют о недостаточном распространении национальной политики поддержки грудного вскармливания в республике и низком уровне знаний среди беременных и кормящих матерей в области грудного вскармливания и кормления детей первого года жизни.

19. Несмотря на высокие потребности, в республике практически отсутствует промышленный выпуск продуктов детского питания, бездействуют специализированные цеха на молокоперерабатывающих заводах в гг. Павлодаре, Таразе, Шахтинске. Резко сократилась сеть ранее функционировавших детских молочных кухонь с более чем 2000 до чуть более 180, мощность которых обеспечивает потребность республики только на 7-9%. Даже самые минимальные потребности в сухих молочных смесях за счет импортных поставок удовлетворяются примерно на 50%, в плодоовощных консервах - на 9% , в мясных - на 2%, в жидких и пастообразных продуктах - на 12%.

Действовавшие предприятия пищевой отрасли промышленности прекратили выпуск продуктов питания для школьников (молоко, творог, кисломолочные напитки, сыр, сосиски, сардельки и др.) в мелкой расфасовке по доступным для населения ценам .

20. Проблема здорового питания органически взаимосвязана с вопросами стандартизации, сертификации, контроля качества продуктов питания и продовольственной продукции .

Настоящая система нуждается в совершенствовании законодательно-правовой базы, в частности, принятии специального закона "О качестве и безопасности продуктов питания и пищевого сырья", совершенствовании ряда законодательных актов ("О лекарственном обеспечении ...", "О стандартизации", "О защите прав потребителя" и др.).

Также нуждаются в существенном совершенствовании и приведении к международным требованиям ФАО/ВОЗ действующие государственные стандарты на продовольственную продукцию, нормативно-техническая документация на них, методически-регламентирующие материалы и т.д.

21. Для рационализации питания и здорового образа жизни исключительно важное значение имеет информированность населения. Выборочные исследования свидетельствуют о крайне низкой осведомленности населения в вопросах здорового питания с сохранением отрицательных привычек и традиций питания. Немалая доля людей приобретает новый тип болезней, связанных с

передаванием, ожирением и низкой физической активностью. При этом потребляются в избыточном количестве насыщенные жиры, простые сахара, поваренная соль, низка доля растительной клетчатки, витаминов и микроэлементов. Последнее способствует росту заболеваемости сердечно-сосудистой патологией, остеопорозом, диабетом, тромбозом, раком и др.

Данные экспериментальных и клинических исследований, выполненных в Институте питания МН-АН РК, свидетельствуют о том, что между отдельными распространенными видами рака (пищевода, желудка, прямой кишки, молочной железы) и некоторыми факторами питания (насыщенные жиры, дефицит витаминов С, А и Е, железа) существует прямая связь.

Нередко дефицит питания у детей раннего возраста возникает не из-за нехватки продуктов питания, а в результате недостатка знаний у родителей вопросов гигиенических навыков и потребностей детского организма в основных пищевых веществах и энергии. Матери могут быть не осведомлены о медико-биологических достоинствах конкретных видов прикормов, способах их приготовления, особенно с использованием местных и традиционных продуктов питания, о сроках и методах грудного вскармливания.

Образование населения заключается и в том, чтобы продукты питания были доступны в первую очередь категориям больше всех в них нуждающимся: детям в период отнятия от груди, беременным женщинам и кормящим матерям. Необходимо обучение производителей продовольственной продукции и семьи методам выращивания, обработки, хранения, обогащения продуктов питания необходимыми микроэлементами и витаминами (муку - железом, соль - йодом, детские продукты питания - железом, йодом, селеном, масло и маргарин - витамином А и т.д.), что должно способствовать предупреждению и ликвидации нарушений и заболеваний, связанных с дефицитом этих факторов.

22. Общими рекомендациями по здоровому питанию являются: потребление разнообразной пищи; поддержание нормального веса тела; низкое потребление насыщенных жиров и холестерина; достаточное содержание в рационах витаминов (овощи, фрукты, зерновые); ограничение приема сахара, соли и натрия; умеренное потребление алкоголя.

Решение этих задач возможно при условии тесной интеграции правительственных органов, профессиональных работников в области здравоохранения и пищевой промышленности, органов и средств массовой информации, общественных организаций и самого населения.

Система образования и средства массовой информации должны способствовать формированию у населения осознанной важности для здоровья правильного питания и образа жизни. Образование потребителей и маркировка в



соответствии с международными требованиями продовольственной продукции создадут условия для выборочного потребления наиболее ценных продуктов питания, являющихся компонентами здорового питания. Последнее должно явиться мотивацией для производителей продовольственной продукции к выпуску продуктов питания, отвечающих потребностям потребителей.

Вместе с тем, здоровое питание, являясь не единственным, хотя и главным фактором, определяющим уровень здоровья, должно сочетаться с соблюдением других правил здорового образа жизни.

#### 4. Стратегическая цель и приоритеты концепции

23. Стратегической целью концепции здорового образа жизни и здорового питания является подъем уровня здоровья населения, обеспечивающий его социально-экономическую и физиологическую продуктивную деятельность, путем формирования здорового образа жизни и питания, улучшения качества среды обитания.

24. Приоритетами в реализации цели стратегии здорового образа жизни и здорового питания должны стать следующие:

- разработка и реализация государственной программы здорового образа жизни;

- максимально возможное создание социально-экономических условий для сохранения и повышения уровня здоровья населения;

- пропаганда здорового образа жизни;

- переориентация деятельности органов и учреждений здравоохранения на первичную профилактику, совершенствование и развитие первичной медико-санитарной помощи;

- разработка и реализация национальной программы политики в области питания.

25. Основными принципами концепции и ее реализации являются:

- координация на правительственном уровне и межсекторальное взаимодействие;

- использование мирового опыта и сотрудничество с международными организациями;

- обеспечение соответствующей законодательной базы и механизма стимулирования внедрения здорового образа жизни и здорового питания;

- научное обоснование и сопровождение хода реализации программ и проектов;

- образование населения на индивидуальном, семейном и национальном

уровнях.

26. Приоритетными должны быть определены следующие стратегии:  
содействие здоровому питанию;  
развитие физической культуры и спорта;  
борьба с пьянством и наркоманией, табакокурением;  
половое воспитание, профилактика болезней, передаваемых половым путем и СПИДа;  
профилактика вирусного гепатита, острых кишечных инфекций;  
борьба с туберкулезом;  
экология и здоровье.

#### 5. Стратегия содействия здоровому питанию

27. Основные приоритеты стратегии:

1. Разработка и совершенствование физиологических норм потребностей в энергии и основных пищевых веществах для различных групп населения.

2. Обоснование и утверждение минимальной потребительской продуктовой корзины в соответствии с принципами здорового питания.

3. Разработка государственных стандартов на новые и национальные продукты питания, продовольственное сырье, совершенствование действующих стандартов в соответствии с требованиями ФАО/ВОЗ и международного "Кодекса алиментаруса".

4. Ликвидация железодефицитной анемии у женщин репродуктивного периода и детей раннего возраста.

5. Снижение до спорадических случаев гипотиреоза.

6. Распространение и поддержание грудного вскармливания.

7. Создание индустрии по промышленному производству продуктов детского питания, лечебно-профилактических продуктов питания и биологически активных добавок к пище.

8. Совершенствование государственной системы контроля качества и безопасности продовольственной продукции.

9. Образование в области рационального питания.

28. Пути и формы реализации основных приоритетов:

1. Принятие постановления Правительства РК по межведомственному взаимодействию в обеспечении качества продовольственной продукции.

2. Принятие постановления Правительства РК "Об устранении и

профилактике йододефицитных расстройств и их последствий среди населения Р К " .

3. Поэтапная реализация программы по ликвидации железодефицитных состояний у женщин репродуктивного периода и детей раннего возраста по методу ЮНИСЕФ еженедельного приема таблеток, содержащих сульфат железа и ф о л и е в у ю к и с л о т у .

4. Внедрение в деятельность всех родовспомогательных учреждений республики рекомендуемых ВОЗ и ЮНИСЕФ принципов "госпиталей дружелюбного отношения к ребенку" и "10 шагов поддержки грудного в с к а р м л и в а н и я " .

5. Организация промышленного производства на молокоперерабатывающих предприятиях республики специализированных антианемических продуктов питания на кислomолочной основе .

6. Организация индустрии по промышленному производству продуктов детского питания на молочной, зерновой, плодоовощной и мясной основах на предприятиях пищевой промышленности.

7. Установка современного мини-технологического оборудования на детских молочных кухнях областных центров, крупных городов и населенных пунктах.

8. Внедрение на мукомольных предприятиях метода обогащения муки препаратами железа.

9. Создание потребительской информационной системы по продовольственной продукции.

10. Разработка учебных программ по здоровому питанию для дошкольных учреждений, общеобразовательных школ и профессионально-технических училищ.

11. Расширение учебных программ в высших и средних медицинских учебных заведениях по вопросам рационального питания, методам пропаганды и обучения населения основам здорового питания.

12. Использование всех средств массовой информации в пропаганде основ рационального питания и его роли в формировании здорового образа жизни.

13. Организация рационального питания в детских дошкольных учреждениях.

14. В экологически неблагоприятных регионах реализация программ комплексной витаминизации среди наиболее уязвимых групп населения (дети раннего возраста, беременные и кормящие женщины).

## 6. Стратегия развития физической культуры и спорта

### 29. Основные приоритеты:

1. Содействие массовому внедрению занятий населением физической культурой и спортом.
2. Развитие сети физкультурно-оздоровительных и спортивных объектов.
3. Научно-методическое и медицинское обеспечение физической культуры, спорта и туризма.

4. Формирование среди различных групп населения осознанной потребности занятий физической культурой и спортом с использованием всех средств массовой информации и учебных программ.

### 30. Пути и формы реализации основных приоритетов:

1. Приведение в соответствие с физиологическими нормами объемов учебных занятий в дошкольных и школьных учреждениях по физической подготовке, организация специализированных групп для категорий, занимающихся физической культурой по медицинским показаниям.

2. Увеличение в учебных программах высших и средних учебных заведений занятий по физической культуре, организация работы спортивных секций, регулярное проведение спортивно-массовых мероприятий.

3. Обеспечение жилых микрорайонов физкультурно-оздоровительными и спортивными сооружениями, их доступности для всех желающих заниматься физической культурой и спортом.

4. Организация при крупных предприятиях, учреждениях, учебных заведениях спортивно-оздоровительных комплексов.

5. Развитие и совершенствование службы врачебного контроля за занимающимися физической культурой и спортом.

6. Пропаганда и популяризация физической культуры, как основного элемента здорового образа жизни с использованием всех средств массовой информации и учебных программ.

7. Разработка и повсеместное внедрение системы поощрения, включая и материальное, способствующей мотивации вести физически активный, здоровый образ жизни.

## 7. Стратегия борьбы с алкоголизмом, наркоманией и табакокурением

### 31. Основные приоритеты стратегии:

1. Принятие специальных законодательных актов.
2. Совершенствование контроля за производством, импортом, реализацией и рекламой алкогольной и табачной продукции.

3. Разработка и реализация эффективных национальных программ по социально-психологической и медицинской реабилитации лиц, ранее страдавших алкоголизмом и наркоманией.

4. Организация республиканского и региональных фондов по борьбе с алкоголизмом и наркоманией.

5. Создание социально-экономических и морально-психологических условий, способствующих отказу от приема алкоголя, употребления наркотических веществ и табакокурения.

6. Широкая пропаганда и образование населения через средства массовой информации вопросам медико-социальной опасности наркомании и алкоголизма, вреда для здоровья табакокурения.

### 32. Пути и формы реализации стратегии:

1. Принятие ряда законодательных актов либо включение в действующие следующие положения:

детские, культурные и спортивные объекты, места отдыха определить зонами, свободными от продажи и употребления алкоголя;

о запрещении в средствах массовой информации всех видов рекламы вино-водочных изделий и табачной продукции.

2. Обеспечение научного сопровождения всех целевых национальных и региональных программ по борьбе с наркоманией и алкоголизмом.

3. Пропаганда и образование через средства массовой информации и учебные программы всех уровней общего и специального образования опасности и вреда для здоровья наркомании, алкоголизма и табакокурения.

4. Тесное сотрудничество с международными организациями по реализации проектов борьбы с наркоманией и алкоголизмом.

5. Совершенствование системы контроля за качеством производимых импортируемых вино-водочных и табачных изделий.

8. Стратегия профилактики болезней, передаваемых половым путем, и СПИДа

### 33 Основные приоритеты стратегии:

1. Формирование в поведении населения культуры сексуальной жизни и принципов безопасного полового поведения.

2. Первичная профилактика болезней, передаваемых половым путем.

3. Тесное межсекторальное взаимодействие, участие общественных организаций в борьбе с болезнями, передаваемыми половым путем, и СПИДом.

4. Усиление уголовной и административной ответственности за воспитание детей, их вовлечение в пьянство, употребление наркотических средств, проституцию.

5. Создание социальных норм и условий жизни, содействующих культуре сексуального поведения и профилактике СПИДа.

34. Формы и пути реализации стратегии:

1. Организация координационных советов с участием медицинских работников, педагогов, работников культуры, правоохранительных органов по борьбе с болезнями, передаваемыми половым путем, и СПИДом.

2. Широкая пропаганда и обучение всеми средствами массовой информации вопросам культуры сексуальной жизни и безопасного секса.

3. Разработка законодательных актов по образованию населения в вопросах борьбы с болезнями, передаваемыми половым путем, и СПИДом.

4. Расширение круга научных исследований по проблемам формирования сексуальной культуры поведения.

5. Совместная реализация с международными организациями проектов профилактики болезней, передаваемых половым путем, и СПИДа.

6. Совершенствование учебных программ на всех уровнях образования по сексуальной культуре и опасности болезней, передаваемых половым путем, и СПИДа.

7. Подготовка специалистов по вопросам сексопатологии, сексологии; развитие сети специализированных кабинетов и учреждений.

8. Повышение доступности средств индивидуальной защиты для безопасного секса.

9. Стратегия профилактики и снижения заболеваемости вирусным гепатитом и острыми кишечными инфекциями

35. Основные приоритеты стратегии:

1. Разработка новых стандартов и нормативов в области гигиены,

направленных на пути передачи вирусного гепатита и острых кишечных инфекций.

2. Осуществление программ вакцинации детей против вирусного гепатита.

3. Совершенствование системы ранней диагностики, особенно групп населения повышенного риска заболеваемости.

4. Медико-санитарное просвещение населения по вопросам профилактики вирусного гепатита и острых кишечных инфекций.

5. Улучшение питания детей первого года жизни.

6. Улучшение санитарного благоустройства населенных пунктов.

7. Совершенствование системы госнадзора за качеством питьевого водоснабжения и продовольственной продукции.

36. Формы и пути реализации стратегии:

1. Разработка региональных программ по профилактике вирусного гепатита и острых кишечных инфекций. Тесное межсекторальное взаимодействие при их реализации.

2. Совершенствование системы мониторинга и лабораторной диагностики.

3. Осуществление широкой санитарно-просветительской работы через все средства массовой информации.

4. Усиление мер санитарного контроля на объектах общественного питания, торговли, отдыха.

5. Расширение в учебных программах дошкольного воспитания и школьного образования разделов по обучению правилам личной гигиены и основам санитарии.

6. Поддержка и распространение грудного вскармливания.

7. Научная разработка новых методов ранней диагностики и иммунопрофилактики.

## 10. Стратегия "Здоровье и окружающая среда"

37. Основные приоритеты:

1. Снижение смертности и заболеваемости, связанных с неблагоприятным воздействием на организм человека факторов окружающей среды.

2. Межсекторальное взаимодействие в вопросах охраны окружающей среды.

3. Широкое привлечение населения, международных общественных организаций к реализации национальных и региональных программ по охране и оздоровлению окружающей среды.

4. Совершенствование законодательной базы в области охраны окружающей среды и ответственности за еҰ загрязнение.

5. Участие в реализации программ по ликвидации последствий экологических катастроф .

38. Формы и пути реализации стратегии:

1. Разработка и реализация региональных программ "Здоровые города", обеспечение их научного сопровождения.

2. Обеспечение реализации в полном объеме программ медико-социальной реабилитации населения, проживающего в регионах Приаралья и бывшего Семипалатинского ядерного испытательного полигона.

3. Создание общенациональной системы мониторинга и банка данных об основных источниках водоснабжения, загрязнителях атмосферного воздуха, почвы , водоемов .

4. Расширение научных исследований в области экологии с разработкой прогноза состояния окружающей среды и путей ее оздоровления.

5. Широкая просветительская работа и обучение по вопросам экологии.

(Специалист: Кушенова Д.)