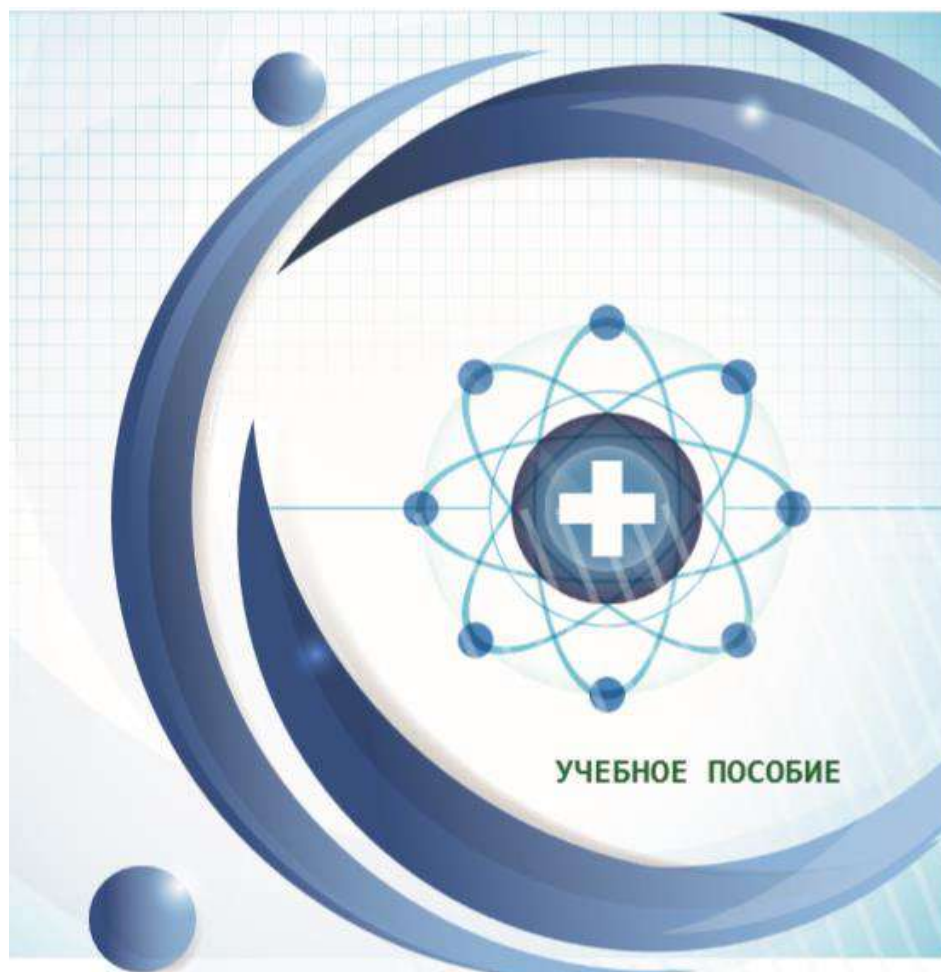




Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

ModeHEd
ERASMUS+
Modernizing Health Education in Universities

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ



- Карлов университет в Праге
- Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова
- Ташкентская медицинская академия
- Университет Павла Йозефа Шафарика в Кошице
- Южно-Казахстанская медицинская академия
- Бухарский государственный медицинский институт



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Учебное пособие

*для студентов бакалавриата и магистратуры высших медицинских учебных
заведений*

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель ученого совета ТМА,

Профессор Гуйчиев Л.Н. _____

«__» _____ 2018 год

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Учебное пособие

для студентов бакалавра и магистратуры высших медицинских учебных заведений



**Ташкент
Типография
«NisoPoligraf»
2018**

Все права защищены. Никакая часть данного учебного пособия не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторский коллектив:

С.Стипек – профессор факультета медицины Карлова Университета в Праге.

Я.Майерник – профессор кафедры медицинской информатики Университета Павла Йозефа Шафарика в Кошице.

Б.М.Маматкулов – д.м.н., профессор школы общественного здравоохранения Ташкентской медицинской академии.

М.А.Камалиев – д.м.н., профессоркафедры общественного здравоохранения Казахского национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова.

Г.Ж.Жарылкасынова – к.м.н., доцент, проректор Бухарского государственного медицинского института.

Ж.А.Кожекенова – к.м.н., доцент кафедры общественного здравоохранения Казахского национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова.

К.Е.Ахмадиева – к.м.н., доцент кафедры общественного здравоохранения Южно-Казахстанской медицинской академии.

Д.А.Касимова – к.м.н., доцент школы общественного здравоохранения Ташкентской медицинской академии.

Р.У.Юлдашова – к.м.н., доцент факультета усовершенствования врачей Бухарского государственного медицинского института.

Ш.А.Инаков – ассистент школы общественного здравоохранения Ташкентской медицинской академии.

А.К.Мусахонов – заведующий отделом внедрения информационных технологий Ташкентской медицинской академии.

Рецензенты:

Х.Е. Рустамова, заведующая кафедрой общественного здоровья, организации и управления здравоохранением Ташкентской медицинской академии.

Р.С. Бектурганов, профессор кафедры профилактической медицины и стоматологических дисциплин Международного казахско-турецкого университета.

Рекомендовано Центром развития медицинского образования Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентской медицинской академией и Казахским национальным медицинским университетом им.С.Д.Асфендиярова в качестве учебного пособия для студентов бакалавра и магистратуры высших медицинских учебных заведений.

Рассмотрено и рекомендовано для публикации «Центральным методическим комитетом» Ташкентской медицинской академии

Протокол совещаний № ___ от «__» _____ 20__ года.

Рассмотрено и рекомендовано для публикации «Ученым советом» Ташкентской медицинской академии

Протокол совещаний № ___ от «__» _____ 20__ года.

Ученый секретарь ТМА, д.м.н., проф. _____ Исмаилова Г.А.

Общественное здоровье и управление здравоохранением: учебное пособие – П: Типография Niso Poligraf, 2018. – 115 стр.

Учебное пособие написано профессорско-преподавательским составом школы общественного здравоохранения Ташкентской медицинской академии, кафедры общественного здравоохранения Казахского национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова, кафедры общественного здравоохранения Южно-Казахстанской медицинской академии, факультета усовершенствования врачей Бухарского государственного медицинского института и под рекомендациями сотрудников кафедры общественного здравоохранения Карлов университета в Праге, университета Павла Йозефа Шафарика в Кошице, а также техническим содействием грант получателя- Лейпцигского университета прикладных наук.

Ряд разделов учебной пособия может быть полезной для студентов бакалавра и магистратуры, клинических ординаторов, соискателей и слушателей курсов первичной специализации и повышения квалификации по общественному здоровью и управления здравоохранением, а также медсестринское дело.

Содержание

Список сокращений	5
Предисловие	6
Благодарность	7
ГЛАВА 1. Введение в общественное здоровье и здравоохранение	8
ГЛАВА 2. Здоровье населения и методы его изучения	18
ГЛАВА 3. Изучение демографических процессов	27
ГЛАВА 4. Заболеваемость населения: виды и методы его изучения	37
ГЛАВА 5. Факторы, влияющие на здоровье населения и методы их изучения	49
ГЛАВА 6. Основы профилактики. Скрининг заболеваний	60
ГЛАВА 7. Основы формирования здорового образа жизни населения	68
ГЛАВА 8. Основы доказательной медицины	77
ГЛАВА 9. Система здравоохранения зарубежных стран	85
ГЛАВА 10. Основы менеджмента в здравоохранении	102
Ответы на ситуационные задачи и тесты	117
Глоссарий	118
Использованные литературы	119



СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ОЗ – Общественное здоровье
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ЗОЖ – Здоровый образ жизни
ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека
СПИД – Синдром приобретенного иммунодефицита
ФР – Факторы риска
ЛПУ – Лечебно-профилактическое учреждение
ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь
МКБ – Международная классификация болезней
ОМС – Обязательное медицинское страхование
ЧБД – Часто болеющие дети
ВУЗ – Высшее учебное заведение
ОРВИ – Острая респираторная вирусная инфекция
ЧПК – Чрезвычайная противоэпидемическая комиссия
ЗВУТ – Заболеваемость с временной утратой трудоспособности
АД – Артериальное давление
ДМ – Доказательная медицина
ФВМС – Фонд всеобщего медицинского страхования
ФОМС – Фонд обязательного медицинского страхования
ДМС – Добровольное медицинское страхование
СНГ – Содружество независимых государств
РК – Республика Казахстан
РУз – Республика Узбекистан
СМИ – Средства массовой информации
ЕНСЗ – Единая национальная система здравоохранения
ГОБМП – Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ВБ – Всемирный банк

ПРЕДИСЛОВИЕ

Общественное здоровье и управление здравоохранением как наука и предмет преподавания в медицинском вузе занимает ведущее место в системе здравоохранения страны и в подготовке будущего врача.

Подготовка настоящего учебного пособия стала возможным благодаря средствам программы Европейского Союза - Эразмус Плюс, направленных на поддержку сотрудничества в области образования, профессионального обучения молодежи и спорта на период 2014 по 2020 гг. в рамках проекта ModeHEd – Modernizing Health Education in Universities (MODEHED - 561857-EPP-1-2015-1-DE-EPPKA2-CBHE-JP) реализованного с 10.10.2015 по 14.10.2018 гг.

ModeHEd является консорциумом европейских, казахских и узбекских партнеров, которые сотрудничают для модернизации образования в области здравоохранения путем внедрения инновационных образовательных технологий в учебный процесс вместе с мультимедийными и аудиовизуальными компонентами.

Грант получателем данного проекта является Лейпцигский университет прикладных наук (Германия, HTWK).

Партнеры проекта из Европейских стран: Карлов университет в Праге (Чехия, CUNI), университет им. Павла Йозефа Шафарика в Кошице (Словакия, UPJS).

Партнеры проекта из Узбекистана: Ташкентская медицинская академия (ТМА), Узбекский государственный институт физической культуры (UzSIPhC), Ферганский государственный университет (FSU), Наманганский государственный университет (NSU), Андижанский государственный университет (AndSU), Бухарский государственный медицинский институт (BSMI), Кокандский государственный педагогический институт (KSPI), Узбекская медико-педагогическая ассоциация (UzMPA) и Центр развития медицинского образования при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан (CDMEdMPH).

Партнеры проекта из Казахстана: Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова (KazNMU), Южно-Казахстанская медицинская академия (SKMA), Казахский государственный женский педагогический университет (KSWTU).

При подготовке настоящего учебного пособия учитывалось, что за последние годы в ряде стран были выпущены учебники, руководства, курсы избранных лекций по данной специальности. Большинство из них представляют собой достойные учебные издания для подготовки студентов с учетом современных требований высшей медицинской школы, в частности, учебник «Общественное здоровье и управление здравоохранением» под редакцией проф. Маматкулова Б.М., учебник «Общественное здравоохранение» под редакцией Аканов А.А., Тулебаев К.А., Камалиев М.А., Куркабаев К.К., Мейманалиев Т.С., Кошербаева Л.К. и др.

БЛАГОДАРНОСТЬ

Мы хотели бы поблагодарить Грант получателя проекта - Лейпцигский Университет Прикладных Наук – Проф. Др. Клауса Хэнсгена, финансового менеджера проекта Марину Иванову, помощника финансового менеджера проекта Алекса Декина, местных координаторов из Узбекистана и Казахстана Алишера Юнусова и Алма Ахметову.

Глубокой благодарности заслуживают европейские партнеры из Карлова Университета в Праге – проф. Станислав Стипек, Университета Павла Йозефа Шафарика в Кошице – Ярослав Майерник, а также местные университеты, члены предметных групп и их председатели. Без их работы и преданности никаких значительных результатов в рамках проекта ModeHEd не могли бы быть достигнуты.

Мы выражаем нашу благодарность за полезную критику и интеллектуальную поддержку, которую мы получили от нашего куратора проекта со стороны Европейской Комиссии, госпожи Пии Хейнамаки, а также координаторов национальных офисов Erasmus+ (NEO) в Узбекистане Азизу Абдурахманову и в Казахстане Шайхзаду Тасбулатову.

Авторский коллектив

ГЛАВА 1

ВВЕДЕНИЕ В ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Общественное здоровье и здравоохранение – это интегральная теоретико-прикладная наука, которая изучает закономерности влияния социально-экономических факторов и условий внешней среды на здоровье населения и обосновывает систему государственных, общественных и медицинских мероприятий по охране здоровья граждан.

ВОЗ считает, что общественное здравоохранение – наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом.

Целью данной главы является ознакомление студентов с предметом «Общественное здоровье и здравоохранение».

Задачи:

- Дать определение предмету «Общественное здоровье и здравоохранение».
- Дать определение понятию здоровья согласно уставу ВОЗ.
- Дать определение здоровью согласно его компонентам.
- Описать основные признаки здоровья.
- Описать уровни здоровья.
- Дать определение методологии и методам исследования общественного здоровья и здравоохранения.
- Дать определение качеству жизни и взаимосвязь пирамиды качества жизни и охраны здоровья.
- Описать миссию и видения службы общественного здравоохранения.
- Дать определение ключевым функциям службы общественного здравоохранения.

После изучения этой главы, студент должен уметь:

- Правильно определить сущность предмета «Общественное здоровье и здравоохранение».
- Четко раскрыть понятие здоровья согласно уставу ВОЗ.
- Формулировать здоровье согласно его компонентам и описать основные признаки здоровья.
- Правильно описать уровни здоровья.
- Правильно рассказать о методологии и методах исследования общественного здоровья и здравоохранения.
- Правильно определить качество жизни и взаимосвязь качества жизни и охраны здоровья.

- Раскрыть сущность миссии и видения службы общественного здравоохранения и рассказать ключевые функции службы общественного здравоохранения.

Необходимые материалы и оборудования для проведения занятия:

- Электронное учебное пособие по предмету «Общественное здоровье и управление здравоохранением».
- Компьютер или ноутбук с установленным мультимедийным компонентом по данному учебному пособию.
- Мультимедийные презентационные материалы по данной главе.
- Аудиовизуальные материалы (слайды, плакаты, стенды, колонки).
- Проектор.
- Аудитория, приспособленная для размещения студентов и работы на компьютерах.

Рекомендуемые методы преподавания:

- Работа в малых группах и мозговой штурм. Идеальное число членов малой группы – четыре человека. Оно достаточно мало для того, чтобы все члены группы активно участвовали в работе, в тоже время такую группу легко разделить на пары для дополнительных заданий. Преподаватель задает вопрос, касательно темы, например, опишите здоровья согласно его видам или опишите уровни изучения здоровья. Студенты путем мозгового штурма обсуждают вопрос, потом отвечают поочередно.

Содержание темы

Введение в общественное здоровье.

Общественное здоровье - это наука и искусство предотвращения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных усилий и осознанного выбора общества, организаций, коллективов и индивидуумов.

Общественное здоровье занимается угрозами для здоровья всего общества на основе анализа состояния здоровья населения.

Общественное здоровье имеет много сфер деятельности, но обычно включает в себя междисциплинарные категории эпидемиологии, биостатистики и службы здравоохранения. Кроме этого, важными областями общественного здравоохранения являются здоровье окружающей среды, здоровье общества, поведенческое здоровье и гигиена труда.

В числе основных вызовов для общественного здравоохранения в XXI веке ВОЗ называет следующие:

- экономический кризис;
- расширение неравенства;
- стареющее население;
- повышение уровней хронических болезней;

- миграция и урбанизация;
- ухудшение окружающей среды и изменение климата.

Определение здоровья согласно уставу ВОЗ.

«Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» – это определение приводится в Преамбуле к Уставу ВОЗ, принятому Международной конференцией здравоохранения, Нью-Йорк, 19-22 июня 1946 г.; подписанному 22 июля 1946 г. представителями 61 страны и вступившему в силу 7 апреля 1948 г. С 1948 г. это определение не менялось.

Компоненты здоровья.

Физическое здоровье – это состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, физической и функциональной подготовленностью организма к выполнению физических нагрузок.



Душевное (психическое, ментальное) здоровье – состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

Социальное здоровье – состояние организма, определяющее способность человека контактировать с социумом.

Признаки здоровья.

Исходя из приведенных выше определений, целью здоровья является: **«обеспечение максимальной продолжительности активной жизни».**

Анализ существующих определений понятий здоровья позволил выявить **шесть основных признаков здоровья.**

1. Нормальное функционирование организма на всех уровнях его организации – клеточном, гистологическом, органном и др. Нормальное течение физиологических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству.

2. Динамическое равновесие организма, его функций и факторов внешней среды или статическое равновесие (гомеостаз) организма и среды. Критерием оценки равновесия является соответствие структур и функций организма окружающим условиям.



3. Способность к полноценному выполнению социальных функций, участие в социальной деятельности и общественно полезном труде.

4. Способность человека приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде (адаптация). Здоровье

отождествляют с понятием *адаптация*, так как, для того чтобы система могла сохраняться, она должна изменяться и приспосабливаться к переменам, происходящим в окружающей среде.

5. Отсутствие болезней, болезненных состояний и болезненных изменений.



6. Полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие физических и духовных сил организма, принцип его единства, саморегуляции и гармоничного взаимодействия всех его органов.

Уровни здоровья.

Принято выделять 4 уровня здоровья:

1-й уровень — индивидуальное здоровье (здоровье отдельного человека).

2-й уровень — групповое здоровье (здоровье социальных и этнических групп).

3-й уровень — региональное здоровье (здоровье людей, проживающих на конкретной административно-территориальной единице (области, города, района и т.д.)).

4-й уровень — общественное здоровье (здоровье общества, популяции в целом).

Методология исследования общественного здоровья и здравоохранения.

Общественное здоровье и здравоохранение имеют свою методологию и методы исследования. Такими методами являются: статистический, исторический, экономический, экспериментальный, метод хронометражных исследований, социологические и др.

Статистический метод широко используется в большинстве исследований: он позволяет объективно определить уровень состояния здоровья населения, а также эффективность и качество работы лечебно-профилактических учреждений.

Исторический метод позволяет в исследовании проследить состояние изучаемой проблемы на разных исторических этапах развития страны.

Экономический метод дает возможность установить влияние экономики на здравоохранение и здравоохранения на экономику государства, определить наиболее оптимальные пути использования государственных средств для эффективной охраны здоровья населения. Вопросы планирования финансовой деятельности органов здравоохранения и медицинских учреждений, наиболее рациональное расходование денежных средств, оценка эффективности действий здравоохранения по оздоровлению населения и влияние этих действий на экономику страны — все это составляет предмет экономических исследований в области здравоохранения.



Экспериментальный метод включает в себя постановку организационных экспериментов по изысканию новых, наиболее рациональных форм и методов работы медицинских организаций, отдельных служб здравоохранения.

В исследовании могут применяться *методы хронометражных исследований*, в частности для рационализации деятельности медицинского персонала, изучение и анализ затрат времени больными на получение медицинской помощи и т.д.

Метод экспертных оценок очень широко используется в исследованиях качества и результативности медицинской помощи, ее планирования и т.д.

Нередко используются *социологические методы* (интервьюирование, анкетирование), которые позволяют получить обобщенное мнение группы людей об объекте (процессе) изучения.

Следует заметить, что в большинстве исследований преимущественно используется комплексная методика с применением большинства указанных методов. Так, если ставится задача изучить уровень и состояние амбулаторно-поликлинической помощи населению и определить пути ее совершенствования, то *статистическим* методом изучаются заболеваемость населения, обращаемость в амбулаторно-поликлинические организации; *историческим* – анализируются уровни ее развития в разные периоды, динамика; *экономическим* – оцениваются затраты на оказание медицинской помощи; *экспериментальным* – анализируются предлагаемые новые формы в работе поликлиник; *экспертных оценок* – оценивается качество медицинских услуг и т.д.

Качество жизни.

По определению ВОЗ, качество жизни – оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации.

В современном мире приоритетом становится качество жизни граждан. Это достаточно широкое понятие, которое можно описать в виде «Пирамиды качества жизни», представленной ниже (рисунок 1).

Вершина пирамиды — это само качество жизни. В середине — то, чем определяется качество жизни, а именно физическим благосостоянием и духовным благополучием. Основание пирамиды — это пути достижения качества жизни.

Например, физическое благосостояние определяется здоровьем и долголетием, а также физическим комфортом. Физического благосостояния можно достигнуть благодаря современной медицине, здоровому образу жизни, адекватному питанию и благоприятной окружающей среде.



Рисунок 1. Пирамида качества жизни

В основе же духовного благополучия лежит возможность общаться и в достаточном объеме получать необходимую информацию. В этом колоссальную роль играют современные информационные технологии и новые поколения мобильной связи. Как видно из «Пирамиды качества жизни», технологии, направленные на улучшение качества жизни, можно подразделить на три категории, обозначаемые как БИО, ЭКО и ИНФО.

Технологии БИО — это те, которые основаны на биологии человека. Они направлены на то, чтобы болезни можно было своевременно предсказать и предупредить. В этом сегодня ключевую роль играет здоровый образ жизни. А в будущем — научные достижения биомедицины будут основаны на геномике, биоинженерии, регенеративной медицине и биотехнологии.

Технологии ЭКО направлены на обеспечение чистоты внутренней и окружающей среды, что есть сохранение экологии. Внутренняя среда в основном определяется пищей, которую мы потребляем. Внутренняя среда должна быть свободной от вредных веществ, к которым нередко можно отнести лекарства. Состояние внешней среды во многом зависит от того, в какой степени мы ее загрязняем промышленными отходами и сжигаем традиционные источники энергии: уголь и нефть. Их лучше заменить на более чистые источники, такие как ветровая и солнечная энергия.

Информационные технологии в «Пирамиде качества жизни» обозначены как ИНФО. Они могут улучшить духовное благосостояние человека благодаря доступу к информации и расширению диапазона общения.

В современном мире важную роль приобретает виртуальное общение. Для такого общения, а также для доступа к информации сегодня практически исчезают преграды. Остается лишь освоить информационные технологии,

которые становятся все более дружелюбными и удобными для восприятия и пользования.

Основным условием качества жизни является здоровье, а главным его проявлением — качественное долголетие.

Миссией службы общественного здравоохранения является охрана и улучшение здоровья населения посредством научно-обоснованной профилактики, обеспечения готовности и своевременного реагирования на угрозы и удовлетворение потребностей населения в области общественного здоровья.

10 основных оперативных функций общественного здравоохранения.

Существует 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ), которые могут быть адаптированы и использованы странами, под руководством и при поддержке ВОЗ, с целью оценки и планирования действий по усилению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Для выполнения этих функций наиболее эффективным и рентабельным является использование интегрированного подхода, а не вертикальных программ. Исходя из этого, ОФОЗ были разделены на две группы по пять в каждой:

Базовые ОФОЗ (для их выполнения необходимы навыки в области общественного здравоохранения и специалисты):



1. Эпиднадзор и оценка состояния здоровья и благополучия населения.
2. Мониторинг и реагирование на опасности для здоровья и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения.

3. Защита здоровья, включая обеспечение безопасности окружающей среды, труда, пищевых продуктов и др.

4. Укрепление здоровья, включая воздействие на социальные детерминанты и сокращение неравенств по показателям здоровья.

5. Профилактика болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья.

ОФОЗ, способствующие предоставлению услуг:

6. Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия.

7. Обеспечение сферы общественного здравоохранения квалифицированными кадрами достаточной численности.

8. Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования.

9. Информационно-разъяснительная деятельность (адвокация), коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья.

10. Содействие развитию исследований в области общественного здравоохранения для научного обоснования политики и практики.

Эти функции сосредоточены вокруг трех основных направлений оказания услуг: *защиты здоровья, профилактики болезней и укрепления здоровья*. Они поддерживаются надежной аналитической деятельностью и усиливаются функциями, способствующими предоставлению услуг.



Контрольные вопросы

1. Дайте определение общественному здоровью.
2. Дайте определение здоровью согласно уставу ВОЗ.
3. Опишите здоровье согласно его компонентам.
4. Опишите здоровье согласно основным признакам здоровья.
5. Какие уровни изучения здоровья принято разделять?
6. В чем заключается методология и методы исследования общественного здоровья и здравоохранения?
7. Дайте определение качеству жизни.
8. Опишите пирамиду качества жизни.
9. В чем заключается сущность миссии и видения службы общественного здравоохранения?
10. Какова общая направленность ключевых функций службы общественного здоровья?



Ситуационные задачи

Задача № 1. В одном из районов города несколько лет работает крупное предприятие химической промышленности, выбросы которого загрязняют атмосферный воздух сернистым газом, парами серной кислоты и спирта. Для изучения влияния загрязнения воздуха на здоровье населения в исследуемом районе было обследовано 120 детей младшего школьного возраста. Из общего числа исследуемых тонзиллит диагностирован у 60 детей, конъюнктивит обнаружен у 38, кариес – у 50, кожными болезнями страдали 12 детей. В контрольном районе обследовано столько же детей того же возраста, из них тонзиллитом страдали 16 человек, конъюнктивитом – 8, кариесом – 12, кожные болезни не выявлены.

Вопросы:

- 1а. Какие выводы можно сделать при анализе данной информации?
- 1б. Как изучить и устранить вредное воздействие на детей факторов среды?

Задача №2. В поликлинике участились жалобы пациентов на недостатки в работе врачей.

Вопросы:

- 2а. Какие методы общественного здравоохранения целесообразно применить для изучения данной проблемы?
- 2б. Составьте приблизительный план действий руководителя поликлиники.



Тестовые вопросы

1. Дайте определение общественному здравоохранению согласно ВОЗ:

- А. Это здоровье населения в целом, обусловленное воздействием социальных и биологических факторов.
- В. Это наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом.
- С. Это способность населения обеспечивать воспроизводство полноценного потомства, необходимую продолжительность жизни и адекватную трудовую активность.
- Д. Это ситуация практических знаний и умений, направленных на охрану и улучшение здоровья населения с помощью организованных общественных усилий.
- Е. Это изучение воздействий социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки профилактических мер по его оздоровлению и совершенствованию медицинского обслуживания.

2. Дайте определение здоровью согласно ВОЗ:

- А. Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, и отсутствие выявленных расстройств и заболеваний.
- В. Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а также процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.
- С. Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов.
- Д. Здоровье – нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальный ход биологических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству.
- Е. Здоровье – это процесс сохранения и развития биологических, психических, физиологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни.

3. Укажите уровни изучения здоровья в медико-социальных исследованиях:

- A. Медицинское здоровье, биомедицинское здоровье, биосоциальное здоровье, целостно-социальное здоровье.
- B. Физическое здоровье, психическое здоровье, нравственное здоровье, социальное здоровье.
- C. Социально-экономическое, социально биологическое, экологическое и природно-климатическое, организационное или медицинское.
- D. Индивидуальное здоровье, групповое здоровье, здоровье население, общественное здоровье.
- E. Физическое здоровье, эмоциональное здоровье, социальное здоровье, общественное здоровье.

4. Укажите методы исследования общественного здоровья и здравоохранения:

- A. Наблюдения, моделирования, сравнения, абстрагирования, дедукция, индукция.
- B. Интервью, анкетирование, опрос, собеседование, тестирование, фотографирование.
- C. Статистический, исторический, экономический, экспериментальный, хронометражный, социологический.
- D. Эксперимент, лабораторный опыт, анализ, моделирование, логический, синтез.
- E. Обобщение, абстрагирование, идеализация, формализация, аксиоматика синтез.

5. Дайте правильное определение качества жизни по ВОЗ:

- A. Это совокупность ряда жизненных важнейших ценностей, как живет человек, как удовлетворяются его потребности высших порядков, во имя чего он живет, каков смысл его жизни, удовлетворен ли он своей жизнью.
- B. Это степень удовлетворения материальных и духовных потребностей людей массой товаров и услуг, используемых в единицу времени.
- C. Это система показателей, характеризующих степень реализации жизненных стратегий людей, удовлетворения их жизненных потребностей.
- D. Это обеспеченность материальными благами, безопасность, доступность медицинской помощи, возможности для получения образования и развития способностей, состояние природной среды, социальные отношения в обществе.
- E. Это оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации.

ГЛАВА 2

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ

Изучение здоровья населения в целом и его основных групп предполагает собирание и исследование статистических данных о численности и составе населения, его воспроизводстве, продолжительности жизни, распространенности различных заболеваний, инвалидности, о физическом развитии отдельных групп населения.

Правильно собранные и тщательно проанализированные статистические данные о здоровье населения служат основой для планирования мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения, обоснования современных форм и методов работы органов и организаций здравоохранения, оценки эффективности их деятельности.

Целью данной главы является ознакомление студентов с методами изучения здоровья населения и их показателями.

Задачи:

- Показатели оценки общественного здоровья по рекомендациям ВОЗ.
- Описать индикаторы или группы показателей общественного здоровья.
- Дать характеристику основным элементам комплексного анализа состояния здоровья населения.
- Описать показатель (коэффициент) рождаемости.
- Дать понятие младенческой смертности.
- Описать естественный прирост населения.
- Дать характеристику средней продолжительности предстоящей жизни.
- Описать показатели постарения населения.
- Описать показатели физического развития.
- Описать группы здоровья населения.
- Дать понятие индексу здоровья.

После изучения этой главы, студент должен уметь:

- Правильно описать показатели оценки общественного здоровья по рекомендациям ВОЗ.
- Правильно описать индикаторы или группы показателей общественного здоровья.
- Сформулировать характеристику основным элементам комплексного анализа состояния здоровья населения.
- Правильно охарактеризовать показатели (коэффициенты) рождаемости.
- Правильно определить понятие младенческой смертности.
- Сформулировать описание естественного прироста населения.
- Правильно определить среднюю продолжительность предстоящей жизни.

- Правильно описать показатели старения населения.
- Правильно описать показатели физического развития.
- Объяснить группы здоровья населения.
- Четко рассказать понятие индекса здоровья.

Необходимые материалы и оборудования для проведения занятия:

- Электронное учебное пособие по предмету «Введение в общественное здоровье и здравоохранение».
- Компьютер или ноутбук с установленным мультимедийным компонентом по данному учебному пособию.
- Презентационные материалы по данной главе.
- Аудиовизуальные материалы (слайды, плакаты, стенды, колонки).
- Проектор.
- Аудитория, приспособленная для размещения студентов и работы на компьютерах.

Рекомендуемые методы преподавания:

•Круглые столы, дискуссии и обратная связь. Урок в форме «круглого стола» удобнее всего проводить на стадии обобщения и закрепления материала, так как такая форма позволяет увидеть изучаемую тему в общей системе знаний по предмету, выявить межпредметные связи. Кроме того, урок «круглый стол» помогает связать теорию и практику, выявить практическую ценность полученных знаний, умений и навыков.

Содержание темы

Под **здоровьем населения** понимают совокупность количественных показателей, характеризующих демографические процессы, заболеваемость, физическое развитие и инвалидность.

Основные методы изучения общественного здоровья.

Для оценки общественного здоровья ВОЗ рекомендует следующие показатели:

1. Отчисление валового национального продукта на здравоохранение.
2. Доступность первичной медико-социальной помощи.
3. Охват населения медицинской помощью.



4. Уровень иммунизации населения.
5. Степень обследования беременных квалифицированным персоналом.
6. Состояние питания, в том числе питания детей.
7. Уровень детской смертности.
8. Средняя продолжительность предстоящей жизни.
9. Гигиеническая грамотность населения.

В настоящее время для оценки общественного здоровья принято использовать следующие группы показателей (индикаторов), которые достаточно полно отражают картину общественного здоровья:

- показатели медико-демографических процессов;
- показатели заболеваемости;
- показатели инвалидности;
- показатели физического здоровья.

Показатели медико-демографических процессов.

Показатель **рождаемости** рассчитывается путем отношения числа родившихся живыми к среднегодовой численности населения (на 1000).

По определению ВОЗ, **живорождением** является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет такие признаки жизни, как сердцебиение, пульсация пуповины или проявляет произвольные движения мускулатуры.

Мертворождением является смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности.

Показатель плодовитости (фертильности) – отношение числа родившихся живыми к количеству женщин в возрасте 15-49 лет (на 1000). Рассчитывается также показатели повозрастной плодовитости (например, в оптимальном периоде деторождений 20-24 лет), брачной плодовитости.

Коэффициент суммарной плодовитости - это число детей, которое родила бы одна женщина на протяжении жизни при сохранении существующего уровня повозрастной плодовитости.

Смертность – отношение числа умерших к среднегодовой численности населения (на 1000).

Материнская смертность– обусловлена беременностью, независимо от продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.



Детская смертность – смертность в течение первых пяти лет жизни.

Младенческая смертность – смертность в течение первого года жизни.

Наиболее высокий риск гибели имеет ребенок в первые часы, дни и недели жизни. Поэтому младенческую смертность рассчитывают по возрастным периодам: **ранняя неонатальная** (в течение первой недели жизни – 0-6 дней), **неонатальная** (первого месяца жизни – 0-27 дней), **постнеонатальная** (старше одного месяца до исполнения одного года).



Перинатальная смертность – мертворождаемость и смертность на первой неделе жизни.

Естественный прирост населения - разность между рождаемостью и смертностью населения из расчета на 1000 чел. населения.

Средняя продолжительность предстоящей жизни — это число лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению родившихся или числу сверстников определенного возраста, если предположить, что на всем протяжении их жизни смертность будет такой же, как в год исчисления. Как следует из определения, этот показатель рассчитывается по данным возрастной смертности с применением специальных таблиц смертности и статистических методик исчисления.

Показателем постарения населения является доля лиц 60 лет и старше.

Показатели заболеваемости.

Первичная заболеваемость (собственно заболеваемость) – частота новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний.

Общая заболеваемость (болезненность) – частота всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году.

Заболеваемость по данным медицинского осмотра (патологическая пораженность) – распространенность заболеваний и патологических (морфологических и функциональных) отклонений среди обследованных лиц.

С целью унификации диагнозов болезней и причин смерти, их статистического учета, внутренней и международной сопоставимости уровней распространенности, создания информационных баз данных разработана Международная классификация, которая периодически пересматривается и дополняется.

На 43-й международной конференции ВОЗ в 1996 г. утвержден X пересмотр Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (сокращенно МКБ-10).

На основе объединения заболеваний с общей этиологией, патогенезом и локализацией, сформирован 21 класс с буквенными обозначениями. Каждый класс содержит по 100 групп болезней, состоящих из трехзначных рубрик, из которых первая буквенная и 2 цифровые. Каждая сформированная группа из трехзначных рубрик делится на 10 кодов болезней или иногда групп болезней. МКБ-10 позволяет индивидуализировать около 25000 болезней при использовании четырехзначных рубрик и около 2500 групп болезней при использовании трехзначных рубрик

Изучение заболеваемости проводится по общепринятой схеме статистических исследований и строгой последовательности этапов.

Для оценки заболеваемости населения используются показатели, рассчитанные как отношение количества заболеваний к среднегодовой численности соответствующего населения на 1000, 10000, 100000.



Для выявления причинно-следственных связей в заболеваемости необходимо учитывать состав населения (по полу, возрасту, семейному положению, социальному статусу и т.д.).

К основным **методам изучения заболеваемости** относятся:

- по данным обращаемости в лечебно-профилактические организации,
- по данным о причинах смерти,
- по данным медицинского осмотра.

Обобщив информацию из всех источников, можно определить **исчерпанную (истинную) заболеваемость** – общую заболеваемость по обращаемости, дополненную случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, и данными по причинам смерти.



Помимо общепринятой регистрации случаев заболевания ряд болезней требует специального учета, который связан с определенными причинами:

- инфекционная заболеваемость, которая требует проведения противоэпидемических мероприятий.

- госпитализированная заболеваемость для оценки использования коечного фонда и его планирования,
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности для определения экономических затрат,
- заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями дает информацию о социально обусловленных болезнях.

Показатели инвалидности.

Первичная инвалидность: число лиц, впервые признанных инвалидами в течение года x 1000 / общая численность населения.

Структура первичной инвалидности (по заболеваниям, полу, возрасту и пр.): число лиц, впервые признанных инвалидами в течение года по данному заболеванию x 1000 / общее число лиц, впервые признанных инвалидами в течение года.

Частота первичной инвалидности по группам инвалидности: число лиц, признанных инвалидами I группы (II группы, III группы) x 1000 / общая численность населения.

Структура первичной инвалидности по группам инвалидности: число лиц, признанных инвалидами I группы (II группы, III группы) x 100 / общее число лиц, впервые признанных инвалидами в течение года.

Общая инвалидность (контингент инвалидов): общее число инвалидов (число лиц, получающих пенсии по инвалидности, т. е. впервые и ранее признанных инвалидами) x 1000 / общая численность населения.

Удельный вес инвалидов с детства среди всех инвалидов: число лиц, впервые признанных инвалидами с детства x в течение года x 100 / общее число инвалидов.

Показатели физического развития.



Антропометрические показатели:

- соматометрические (длина тела стоя и сидя, масса тела, окружности грудной клетки, головы, талии и других частей тела);

- соматоскопические (состояние костно-мышечной системы, жиротложение, развитие постоянных зубов, тип телосложения, степень полового созревания. Степень развития жировой, мышечной, костной тканей оценивается по трехбалльной системе оценки: слабая, средняя, выраженная);

- физиометрические: экскурсия грудной клетки, жизненная емкость легких, динамометрия рук, становая сила, артериальное давление, частота сердечных сокращений и др.

Группы здоровья.

При оценке здоровья население распределяется по группам здоровья:



1-я группа (здоровые) - это лица, которые не имеют жалоб, хронических заболеваний в анамнезе, функциональных отклонений и органических изменений;

2-я группа (практически здоровые) - лица, у которых имеются хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии, функциональные

изменения в органах и системах, не влияющие на их деятельность и трудоспособность;

3-я группа - больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, субкомпенсации или декомпенсации.

Важным критерием оценки здоровья населения следует считать **индекс здоровья** – удельный вес не болевших в течение определенного календарного срока среди населения данного возраста. Также нужно учитывать долю лиц с хроническими формами заболеваний, часто и длительно болеющих и др.



Контрольные вопросы

1. Каковы основные показатели оценки общественного здоровья по рекомендациям ВОЗ?
2. Каковы основные критерии, характеризующие общественное здоровье?
3. Что такое рождаемость, как она рассчитывается? Как рассчитывается общий показатель смертности, в чем отличие смертности от летальности?
4. Дайте определение понятию «общая заболеваемость».
5. Что включает в себя исчерпанная (истинная) заболеваемость?
6. Какие существуют методы изучения физического здоровья?
7. Какие конституциональные типы физического здоровья принято выделять?
8. Что является основным элементом комплексного анализа состояния здоровья населения?
9. Каков принцип разделения населения на группы здоровья? Охарактеризуйте их.
10. Что такое индекс здоровья?



Ситуационные задачи

Задача № 1. В городе проживает 120 000 человек. За последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту смертности населения, чем обусловлено формирование регрессивного типа структуры населения. За отчетный год в городе родилось 1 550 детей, из них на первом году жизни умерло 15 человек, в том числе 8 – от состояний, возникших в перинатальном периоде, 5 – от врожденных аномалий, 2 – от пневмонии.

Вопрос:

1а. Рассчитайте показатели, характеризующие демографическую ситуацию в городе.



Тестовые вопросы

1. Укажите основные показатели, характеризующие общественное здоровье:

- A. Медико-демографические, заболеваемость, первичная инвалидность, физическое развитие
- B. Статистические, физиометрические, психические
- C. Заболеваемость, общая болезненность, инвалидность
- D. Хронические заболевания в стадии компенсации, субкомпенсации, декомпенсации
- E. Демографические, вакцинация, болезненность

2. Характеристиками общественного здоровья не являются:

- A. Показатели заболеваемости
- B. Демографические показатели
- C. Показатели трудовой активности населения
- D. Показатели физического здоровья
- E. Показатели инвалидности

3. Для расчета показателя рождаемости необходимо иметь:

- A. Число живорожденных и среднегодовую численность населения
- B. Число родов и численность женского населения
- C. Число родившихся живыми и мертвыми и среднегодовую численность населения
- D. Число родившихся мертвыми и среднегодовую численность населения
- E. Число живорожденных и численность женского населения

4. Что необходимо знать для определения первичной заболеваемости?

- A. Число заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году, среднегодовая численность населения данной территории.
- B. Число заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году, число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году.
- C. Число заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах, среднегодовая численность населения.
- D. Число заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году, общее число зарегистрированных в данном году заболеваний.
- E. Общее число зарегистрированных в данном году заболеваний, среднегодовая численность населения данной территории.

5. Дайте определение общей заболеваемости:

- A. Число заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году, среднегодовая численность населения данной территории.
- B. Число заболеваний, зарегистрированных при медосмотрах, число прошедших медосмотр.
- C. Совокупность всех заболеваний населения, с которыми обратились в данном году, среднегодовая численность населения данной территории.



D. Общее число заболеваний, зарегистрированных в данном году, общее число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году.

E. Число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году, среднегодовая численность населения.

6. Укажите, на какие группы при оценке здоровья распределяется население:

A. Здоровые, практически здоровые, больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, субкомпенсации или декомпенсации

B. Больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, субкомпенсации или декомпенсации

C. Хронические заболевания, социально-значимые заболевания, острые состояния

D. Инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания, инвалидность

E. Заболеваемость ОРВИ, социально-значимые заболевания, болезни со смертельным исходом

ГЛАВА 3 ИЗУЧЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

На сегодняшний день демографическая ситуация остается одной из самых важных и требующих незамедлительных действий проблемой, как в регионах, так и в стране в целом.

Демография (от греч. *demos*–население, *graphos* - изучение) наука о населении и закономерностях его воспроизводства.

Демографическая статистика изучает основные закономерности состав населения, рождаемости, смертности, воспроизводства и территориальное размещение населения.

о зависимости его характера от социально-экономических, природных условий, миграции, изучая численность, территориальное размещение и состав населения, их изменения, причины и следствия этих изменений. На этой основе демография познает законы (причины) уровня и динамики демографических процессов, разрабатывает прогнозы будущей численности и состава населения, а также меры по управлению демографическими процессами.

Цель:

Ознакомление с основными разделами демографической статистики, источниками отбора статистических данных для изучения естественного движения населения, приобретения практических навыков расчета и оценки уровней некоторых демографических показателей.

Задачи:

- Описать понятие демографии.
- Описать основные направления статистического изучения народонаселения.
- Дать понятие определению статистики населения.
- Дать правильное определение естественного движения населения.
- Охарактеризовать показатели естественного движения населения.
- Дать понятие общему показателю смертности.
- Описать показатели естественного прироста населения.
- Описать показатели материнской смертности.
- Дать понятие детской смертности и описать показатели детской смертности.

После изучения этой главы, студент должен уметь:

- Правильно описать понятие демографии.
- Правильно описать основные направления статистического изучения народонаселения.
- Сформулировать определение статистики населения.
- Четко рассказать определение естественного движения населения.
- Объяснить показатели естественного движения населения.

- Правильно описать общие показатели смертности.
- Правильно описать показатели естественного прироста населения.
- Правильно описать показатели материнской смертности.
- Раскрыть сущность детской смертности и правильно описать показатели детской смертности.

Необходимые материалы и оборудования для проведения занятия:

- Электронное учебное пособие по предмету «Изучение демографических процессов».
- Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран).
- Мультимедийные материалы к практическим занятиям по различным разделам дисциплин.
- Мультимедийные презентации к лекциям, видеофильмы, ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам.
- Визуальные материалы (слайды, плакаты, стенды).

Рекомендуемые методы преподавания:

- Обзорная, вводная лекция.
- Тур по галереям, снежный ком, мозговой штурм, ромашка.
- Решении ситуационных задач.
- Проведение обратной связи посредством решения тестовых заданий.

Содержание темы

Изучение демографических процессов



Термин «демография» происходит от греческих слов *demos* — народ и *grapho* - писать, изображать. Таким образом, демография - это наука о населении. В круг

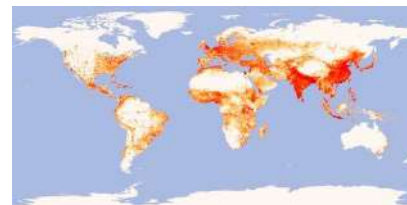
проблем демографии входят изучение территориального размещения населения, тенденций и процессов, связанных с социально - экономическими условиями жизни, быта, традициями, экологическими, медицинскими, правовыми и другими факторами.

Статистическое изучение народонаселения ведется в двух основных направлениях:

1. Статика населения.
2. Динамика населения.

Статика населения — это численный состав населения на определенный (критический) момент времени. Состав населения изучается по ряду основных признаков: пол, возраст, социальные группы, профессия и занятие, семейное положение, национальность, язык, культурный уровень, грамотность, образование, место жительства, географическое размещение и плотность населения.

Динамика населения - движение и изменение количества населения. Изменение численности населения может происходить из-за его механического движения - под влиянием миграционных процессов. Кроме того, численный состав населения меняется в результате естественного движения — рождаемости и смертности.



Естественное движение населения характеризуется рядом статистических показателей. Основными показателями естественного движения населения являются: рождаемость, смертность, естественный прирост населения. Во всех странах мира отдельно выделяют и анализируют показатели младенческой смертности (смертность детей до 1 года). Кроме того, основные показатели естественного движения дополняются уточняющими показателями: плодовитость, материнская смертность, перинатальная смертность

Статистика населения

Основными, наиболее достоверными источниками сведений о численном составе населения служат регулярно проводимые в стране переписи.



Перепись населения – это процесс сбора демографических, экономических и социальных данных, характеризующих в определенный момент времени каждого жителя страны или территории.

На основании расчета удельного веса лиц в возрасте 0-1 (младенец), 1—15 (дети), 15—49, 50 лет и старше определяется возрастной тип населения (ВОЗ).

В некоторых пост советских странах, таких как Узбекистан, распределение населения по возрасту осуществляется по следующим возрастным категориям: 0-1 (младенец), 1-15 (дети), 16-18 (подростки), 18-54 (взрослые – для женщин), 18-59 (взрослые - для мужчин), 55 и выше (пожилые – для женщин), 60 и выше (пожилые – для мужчин).

По возрастному составу различают прогрессивный, регрессивный и стационарный типы населения. Возможен другой вариант распределения: 0-14 лет, 15-59 лет, 60 лет и старше. По возрастному составу различают прогрессивный, регрессивный и стационарный типы населения.

Прогрессивным считается тип населения, в котором доля детей в возрасте 0-14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше.

Регрессивным типом принято считать население, в котором доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю детского населения.

Стационарным называется тип, при котором доля детей равна доле лиц в возрасте 50 лет и старше. Прогрессивный тип народонаселения обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения, регрессивный тип угрожает нации вымиранием.

Показатели, характеризующие статику населения, имеют важное значение в практическом здравоохранении. Они необходимы для:

- расчета показателей естественного движения населения;
- планирования всей системы здравоохранения;
- расчета потребности в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, как общей, так и специализированной;
- определения необходимого количества средств, выделяемых бюджетом на здравоохранение;
- расчета количественных показателей, характеризующих деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- организации противоэпидемической работы и т.д.

Наибольшее значение для медицинских работников имеют показатели естественного движения населения: рождаемость, смертность, естественный прирост населения. К показателям естественного движения относят также брачность и разводимость.

Основные показатели дополняются уточняющими показателями: плодовитость, материнская смертность, перинатальная смертность, структура смертности по причинам и др.

Общие демографические показатели обычно рассчитываются на 1000 населения, специальные – также на 1000, но представителей соответствующей среды (родившиеся живыми, женщины в репродуктивном возрасте 15 – 49 лет и т.д.).

Естественное движение населения - это процессы воспроизводства населения, постоянное восстановление и смена поколений.

Показатели естественного движения населения не случайно именуется медико-демографическими, так как они одновременно отражают и воспроизводство поколений, и здоровье населения. Особое значение имеют характеризующие состояние здоровья населения показатели смертности, младенческой смертности, причин смерти.

Показатели естественного движения населения

Общий показатель рождаемости. Рождаемость — процесс возобновления новых поколений, в основе которого лежат биологические факторы, влияющие на способность организма к воспроизводству потомства.

Для определения интенсивности процесса рождения обычно пользуются показателями рождаемости. Общий коэффициент рождаемости рассчитывается по формуле:

*Общее число родившихся за год живыми / Среднегодовая численность населения * 1000*

Более точные характеристики рождаемости получают путем исчисления специального показателя — коэффициента плодovitости. При исчислении общего коэффициента плодovitости в отличие от коэффициента рождаемости в знаменателе берется не общая численность населения, а численность женщин в возрасте 15—49 лет. Этот возрастной интервал называется генеративным, или плодovитым периодом женщины.

Кроме того, показатель рождаемости уточняется по возрастным показателям плодovitости, для чего весь генеративный период женщины условно подразделяют на отдельные интервалы (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49 лет). Общий коэффициент плодovitости рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Общее число родившихся живыми} / \text{Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет} * 1000$$

Общий показатель смертности. На основе этого показателя проводят первую приближенную оценку. Однако общий коэффициент смертности мало пригоден для каких-либо сравнений, так как его величина в значительной степени зависит от особенностей возрастного состава населения.

$$\text{Общий коэффициент смертности} = \text{Общее число умерших за год} / \text{Среднегодовая численность населения} * 1000$$

Значительно более точными являются показатели смертности отдельных возрастнo-половых групп населения, которые рассчитываются следующим образом:

$$\text{Смертность лиц данного возраста и данного пола} = \text{Число лиц данного пола, умерших в данном возрасте за год} / \text{Среднегодовая численность лиц данного возраста и данного пола} * 1000$$

Показатель естественного прироста (убыли) населения. Естественный прирост населения служит наиболее общей характеристикой роста населения. Сам естественный прирост населения не всегда отражает демографическую обстановку в обществе, так как одни и те же размеры прироста могут быть получены при различных показателях рождаемости и смертности. Поэтому естественный прирост населения необходимо оценивать только в соотношении с показателями рождаемости и смертности.

$$\text{Показатель естественного прироста населения} = (\text{Число родившихся} - \text{Число умерших}) / \text{Среднегодовая численность населения} * 1000$$

Показатель материнской смертности. Материнская смертность относится к демографическим показателям, уточняющим общий коэффициент смертности. Из-за невысокого уровня она не оказывает заметного влияния на демографическую ситуацию, однако в определенной мере отражает состояние системы охраны материнства и детства в регионе.

По определению Всемирной организации здравоохранения, материнская смертность – это обусловленная беременностью, независимо от продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Случаи материнской смертности подразделяют на две группы:

1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, то есть смерть в результате акушерских осложнений, а также в результате упущений, неправильного лечения или событий, последовавших за любой из перечисленных причин.

2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, то есть смерть в результате существовавшей прежде болезни или заболевания, возникшего в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной.

Показатель материнской смертности позволяет оценить все потери беременных (от абортов, внематочной беременности, от акушерской и экстрагенитальной патологии в течение всего периода гестации), рожениц, родильниц в течение 42 дней после окончания беременности.

В соответствии с Международной классификацией болезней показатель материнской смертности должен рассчитываться на 1000 живорожденных. Однако ВОЗ, учитывая небольшое число умерших в развитых странах и соответственно незначительную величину показателя при расчете на 1000 живорожденных, в статистических показателях приводит расчеты на 100 000 живорожденных.

Расчет показателя материнской смертности:

$$\text{Материнская смертность} = \frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}}{\text{Число живорожденных}} \cdot 100\,000.$$

Для улучшения качества статистических данных материнской смертности, и введения альтернативных методов сбора данных, касающихся смертности во время беременности или связанной с нею, а также для усовершенствования учета смертности, непосредственно связанной с акушерскими причинами, в случае если смерть произошла позднее, чем через 42 дня после родоразрешения, Всемирной ассамблеей здравоохранения были введены дополнительные понятия: «поздняя материнская смертность» и «смерть, связанная с беременностью».

Под «поздней материнской смертностью» подразумевается смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с беременностью, наступившая период, превышающий 42 дня после родов, но менее чем через год после родов.

«Смерть, связанная с беременностью», определяются как смерть женщины, наступившая в период беременности и в течение 42 дней после родов независимо от причины смерти.

Детская смертность

Правильный и своевременный анализ детской смертности позволяет разработать ряд конкретных мер по снижению заболеваемости и смертности детей, оценить эффективность проведенных ранее мероприятий, в значительной мере охарактеризовать работу местных органов здравоохранения по охране материнства и детства.

В статистике детской смертности принято выделять ряд показателей:

1. Младенческую смертность (смертность детей на первом году жизни), которая включает:

а) раннюю неонатальную смертность (смертность в первые 168 часов жизни);

б) позднюю неонатальную смертность (смертность на 2, 3, 4-й неделях жизни);

в) неонатальную смертность (смертность в первые 4 недели жизни);

г) постнеонатальную смертность (смертность с 29-го дня жизни и до 1 года).

2. Смертность детей в возрасте до 5 лет.

3. Смертность детей в возрасте от 1 года до 17 лет.

Важным моментом, определяющим точность, полноту и качество учета рождений, является единая трактовка всеми врачами понятия «живорожденный», «мертворожденный», «поздний аборт». ВОЗ рекомендует следующие определения этих понятий.

«Живорожденный» - это плод с массой тела 500 г, и более при рождении (что соответствует приблизительно 20 неделям беременности) с любым из следующих признаков жизни: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, сокращение мышц произвольных движений,

«Мертворожденный» - плод с массой тела 500 г, и более (независимо от срока беременности) без признаков жизни: дыхания, сердцебиения, пульсации пуповины или сокращения мышц произвольных движений. Мертворожденность рассчитывается по формуле:

$$\text{Мертворожденность} = \text{Родились мертвыми} / \text{Родились живыми и мертвыми} * 100\%$$

Согласно полному определению перинатального периода, рекомендованному ВОЗ, нижняя его граница устанавливается в 20 полных недель беременности.

«Поздний аборт» - плод с массой тела менее 500 г, (независимо от срока беременности) без признаков жизни (дыхания, сердцебиения, пульсации пуповины или сокращения мышц произвольных движений).

Кроме того, несколько лет назад введен термин *фетоинфантильные потери*. Фетоинфантильные потери включают в себя мертворождаемость и смертность детей в возрасте от 0 до 365 дней (смертность на первом году жизни).

Показатели младенческой смертности

Суммарным показателем младенческой смертности является общий годовой показатель. При его расчете в качестве явления берутся все дети, умершие в течение года в возрасте до 1 года, а в качестве среды - все дети, родившиеся живыми.

Однако в связи с тем, что ребенок может родиться в одном календарном году (например, в декабре 2000 г.), а умереть в другом календарном году (например, в январе 2001 г.), с определением среды возникают некоторые сложности, поэтому для расчета данного показателя существует ряд различных способов:

Грубый показатель:

*Показатель младенческой смертности = Число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни / Число родившихся живыми в данном году * 1000*

Уточненный показатель (Формула Ратса):

*Показатель младенческой смертности = Число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни / (2/3 родившихся живыми в предыдущем году) * 1000*

Неонатальная смертность рассчитывается по формуле:

*Число детей, умерших в первые четыре недели жизни / Число родившихся живыми * 1000*

Ранняя неонатальная смертность рассчитывается:

*Число детей, умерших в возрасте 0 - 6 дней (168 ч) / Число родившихся живыми * 1000*

Поздняя неонатальная смертность рассчитывается:

*Число детей, умерших на 2, 3, 4-й неделях жизни / Число родившихся живыми * 1000.*

Постнеонатальная смертность рассчитывается:

*Число детей, умерших в период с 29-го дня до 1 года жизни \ (Число родившихся живыми — Число умерших в первые четыре недели жизни) * 1000.*

Показатель перинатальной смертности. Всемирная ассамблея здравоохранения определила перинатальный период как период, который начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных дней (168 ч) после рождения.

Перинатальный период включает в себя три периода: антенатальный (с 22-й недели беременности до родов), интранатальный (период родов), постнатальный (первые 168 часов жизни). По терминологии постнатальный период соответствует раннему неонатальному. Каждому периоду

соответствует свой показатель смертности. Показатель перинатальной смертности рассчитывается по формуле:

$$\text{Перинатальная смертность} = \frac{\text{Число родившихся мертвыми} + \text{число умерших в первые 168 часов жизни}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} * 1000$$

Показатель мертворождаемости. Мертворождения не входят в статистику рождений и учитываются отдельно, как своеобразное социально-патологическое явление. Число рождений не вполне совпадает с числом родов, как из-за мертворождений, так и за счет многоплодных родов, рождения близнецов.

$$\text{Показатель мертворождаемости} = \frac{\text{Число родившихся мертвыми}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} * 1000$$



Контрольные вопросы

1. Что такое демография, каковы ее основные разделы?
2. Как изучаются данные о численности населения?
3. Что такое естественное движение населения?
4. Как вычисляется показатель рождаемости?
5. Каковы оценочные уровни показателя рождаемости?
6. Как вычисляется показатель смертности населения?
7. Каковы оценочные уровни показателя смертности?
8. Как вычисляется показатель естественного прироста населения?
9. Как рассчитывается показатель младенческой смертности?
10. Как рассчитывается показатель перинатальной смертности?



Ситуационные задачи

Задача №1. В 2003 году среднегодовая численность населения района А. составила 132.000 человек, в том числе городское - 92.000 человек.

Детское население (0 – 14 лет) - 21.380; население в возрасте старше 50 лет - 42.000 человек.

Мужское население - 62.600 человек.

Вопрос:

1а- Рассчитайте и оцените показатели, характеризующие состав населения.

Задача №2. За отчетный год: число родившихся живыми составило 3000 человек. Число умерших - 2700 человек, в том числе: от болезней системы кровообращения - 1480; от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин - 460; от злокачественных новообразований – 540; от других причин - 220.

Вопрос:

2а-Рассчитайте демографические показатели и дайте характеристику демографической ситуации в городе со среднегодовой численностью населения 300.000 человек.



Тестовые вопросы

1. Основным источником информации о численности и составе населения является:

- A. Справки о рождении и смертности людей
- B. Ежегодный медицинский осмотр
- C. Свидетельства о рождении и смерти людей
- D. Статистические отчеты области
- E. Перепись населения

2. Демографическая динамика изучает:

- A. Численность и состав населения
- B. Перепись население
- C. Механическое и естественное движение населения
- D. Перемещение населения по географическим зонам страны
- E. Перенаселение и урбанизацию

3. В городе «В» рождаемость - 16,0 ‰. Дайте оценку уровню рождаемости.

- A. Низкий
- B. Средний
- C. Высокий
- D. Критический
- E. Ограниченный

4. Как рассчитать показатель рождаемости?

- A. Число рожденных за год / Среднегодовая численность населения $\times 1000$
- B. Число рожденных живыми за год / Среднегодовая численность населения $\times 1000$
- C. Число рожденных живыми за год / Среднегодовая численность населения $\times 100$
- D. Число рожденных за год / Среднегодовая численность населения $\times 100$
- E. Число рожденных и умерших в течение первого года жизни / Среднегодовая численность населения $\times 1000$

5. Как рассчитать общую смертность населения?

- A. Число рожденных и умерших за год / среднегодовая численность населения $\times 1000$
- B. Число рожденных - число умерших за год / среднегодовая численность населения $\times 1000$
- C. Число умерших за год / среднегодовая численность населения $\times 1000$
- D. Число мертворожденных + число умерших за год / среднегодовая численность населения $\times 1000$
- E. Число умерших за год / число рожденных за год $\times 1000$

ГЛАВА 4

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ: ВИДЫ И МЕТОДЫ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ

Заболеваемость является одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения. Под заболеваемостью подразумевается показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.) и служащим одним из критериев оценки работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения.

Цель: дать знания и умения в сфере общественного здоровья по вопросам заболеваемости населения, обучение методам изучения заболеваемости

Задачи:

- Ознакомить с понятием и видами заболеваемости населения.
- Дать понятие общей заболеваемости по данным обращаемости, их показателей и статистических форм.
- Ознакомить с понятием заболеваемости по данным медицинских осмотров, их показателями и статистическими формами для заполнения результатов.
- Ознакомить с понятием госпитализированной заболеваемости, их показателями и статистическими формами.
- Дать понятие инфекционной заболеваемости, их видов и показателей.
- Объяснить заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями, их показатели и статистические формы для заполнения.
- Ознакомить с понятием заболеваемости с временной утратой трудоспособности и их показателями.
- Объяснить инвалидность, ее виды и показатели.

После изучения этой главы, студент должен уметь:

- Дать определение понятию заболеваемости населения.
- Объяснить общую заболеваемость по данным обращаемости, их показатели и статистические формы.
- Четко рассказать заболеваемость по данным медицинских осмотров, их показатели и статистические формы для заполнения результатов.
- Охарактеризовать госпитализированную заболеваемость, их показатели и статистические формы.
- Рассказать об инфекционной заболеваемости, их видов и показателей.
- Объяснить заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями, их показатели и статистические формы для заполнения.

- Четко рассказать заболеваемость с временной утратой трудоспособности и их показатели.
- Объяснить инвалидность, ее виды и показатели.

Необходимые материалы и оборудования для проведения занятия:

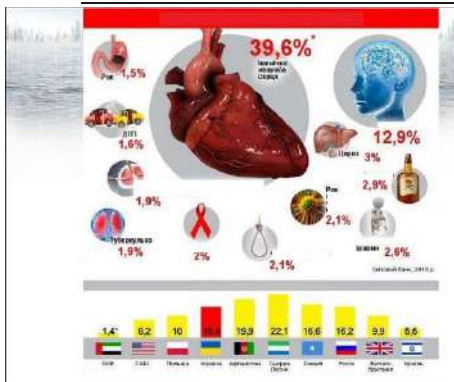
- Электронное учебное пособие по предмету «Заболеваемость населения: виды и методы его изучения».
- Компьютер или ноутбук с установленным мультимедийным компонентом по данному учебному пособию.
- Презентационные материалы данной главе.
- Аудиовизуальные материалы (слайды, плакаты, стенды, колонки).
- Проектор.
- Аудитория, приспособленная для размещения студентов и работы на компьютерах.

Рекомендуемые методы преподавания:

- Обзорная, вводная лекция.
- Мозговой штурм, горячая картошка, тур по галереям.
- Круглые столы, дискуссии и обратная связь.
- Решении ситуационных задач.
- Проведение обратной связи посредством решения тестовых заданий.

Содержание темы

Заболеваемость населения



Заболеваемость является одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения. Под заболеваемостью подразумевается показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.) и

служащий одним из критериев оценки работ, врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения.

Как объект научного исследования и практической деятельности учреждения здравоохранения заболеваемость представляет собой сложную систему взаимосвязанных понятий:

- собственно заболеваемость (первичная заболеваемость, incidence)-, частота новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний;
- распространенность (болезненность, накопленная заболеваемость prevalence) — частота всех имеющихся среди населения заболеваний как

впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году;

- частота заболеваний, выявленных при осмотрах (патологическая пораженность, point-prevalence) — частота патологии среди населения, устанавливаемая при проведении единовременных медицинских осмотров (обследований), в результате которых учитываются все заболевания, а также преморбидные формы и состояния.



- Основные источники информации о заболеваемости:
 - по данным обращаемости в ЛПУ;
 - по данным результатов медицинских осмотров;
 - по данным анализа причин смерти.

Дополнительный официальный источник — по данным изучения причин инвалидности.

В статистике заболеваемости принято выделять:

- 1) общую заболеваемость (по данным обращаемости, по данным медицинских осмотров, по анализу причин смерти);
- 2) инфекционную заболеваемость;
- 3) заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями;
- 4) госпитализированную заболеваемость;
- 5) заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Общая заболеваемость по данным обращаемости. Учет всех случаев заболеваний, с которыми население обратилось за медицинской помощью, ведется во всех медицинских учреждениях. При изучении общей заболеваемости по обращаемости за единицу учета принимают первое обращение к врачу по данному заболеванию в данном календарном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении, хронические заболевания только 1 раз в году, обострения хронических заболеваний в этом году повторно как заболевания не учитываются.

Учет заболеваемости по данным обращаемости ведется на основании разработки «Статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (ф. 025-2/у). Талон заполняется на все заболевания и травмы, кроме острых инфекционных заболеваний, во всех поликлиниках, амбулаториях в городах и сельской местности.

В зависимости от системы организации работы в поликлинике талоны заполняются по окончании приема врачами или медицинскими сестрами по указанию врачей или централизованно статистиком учреждения по данным

переданных ему с приема «Медицинских карт амбулаторного больного», «Истории развития ребенка» и т. д.

«Талон амбулаторного пациента» и его автоматизированная обработка позволяют осуществлять:

- учет и формирование регистра населения, обслуживаемого амбулаторно - поликлиническим учреждением;

- сбор и формирование статистической информации по законченному случаю, оказанным медицинским услугам, временной нетрудоспособности, фармакологическим средствам и изделиям медицинского назначения, выписанным льготным категориям граждан;

- учет и ведение страхового полиса медицинского ОМС;

- систему расчетов за оказанную медицинскую помощь.

Показатели заболеваемости по данным обращаемости

При анализе заболеваемости принято рассчитывать ряд показателей:

Первичная заболеваемость = Число вновь возникших заболеваний / Средняя численность населения * 1000

Распространенность (болезненность) = Число имевшихся заболеваний у населения за год / Средняя численность населения * 1000

Показатель первичной заболеваемости по данному заболеванию = Число первичных обращений по поводу данного заболевания, впервые выявленного в отчетном году / Средняя численность населения * 1000

Показатель распространенности данного заболевания = Число первичных обращений по поводу данного заболевания, выявленного в данном году и в предыдущие годы / Средняя численность населения * 1000

Показатель структуры первичной заболеваемости = Число первичных обращений по поводу определенного заболевания, впервые выявленного в данном году / Число первичных обращений по поводу всех заболеваний, впервые выявленных в данном году * 100%

Показатель структуры распространенности заболеваний = Число первичных обращений по поводу определенного заболевания, впервые выявленного в данном году и в предыдущие годы / Число первичных обращений по поводу всех заболеваний, впервые выявленных в данном году и в предыдущие годы * 100%

Длительность заболевания = Число дней лечения больного с данным заболеванием / Число случаев данного заболевания * 1000

Индекс здоровья = Число детей до 1 года, ни разу не обратившихся по поводу заболевания / Число детей, достигших 1 года * 100

По числу заболеваний, перенесенных за год, выделяют редко болеющих, часто болеющих, по числу и длительности заболеваний выделяют группу длительно и часто болеющих детей (ЧДБ), однако эти понятия весьма относительны и различны для отдельных возрастных групп. По наличию и тяжести заболеваний выделяют 5 групп здоровья детей:

1 группа - практически здоровые;

2 группа - имеются функциональные отклонения;

3 группа - хронические заболевания в состоянии компенсации;

4 группа - состояние субкомпенсации;

5 группа - состояние декомпенсации.

Заболеваемость по данным медицинских осмотров.

Медицинские или профилактические осмотры являются одной из форм лечебно-профилактической помощи, заключающейся в активном обследовании населения с целью выявления заболеваний. Медицинские осмотры дают наиболее полную информацию о всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих функционально компенсированно.

Медицинские осмотры разделяют на предварительные, периодические, целевые.

Все контингенты, подлежащие предварительным и периодическим медицинским осмотрам, можно разделить на три группы:

1. Работники предприятий, учреждений и организаций, имеющие контакт с профессиональными вредностями.

2. Работники пищевых, детских и некоторых коммунальных учреждений, которые проходят бактериологическое обследование для выявления инспекционных болезней или бациллоносительства при поступлении на работу и впоследствии через определенные сроки, поскольку они могут стать источником массового заражения.

3. Дети всех возрастов, рабочие-подростки, учащиеся средних специальных учебных заведений, студенты.

Предварительные медицинские осмотры проводят при поступлении на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут обостряться и прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы. Существует список заболеваний, являющихся противопоказаниями к работе и учебе по ряду профессий.

Основная задача периодических медицинских осмотров на производстве - выявление ранних признаков профессиональных заболеваний или отравлений, а также заболеваний, этиологически не связанных с профессией, но при которых продолжение контакта с данными профессиональными вредностями представляет опасность.

Целевые медицинские осмотры проводятся для раннего выявления ряда заболеваний (туберкулеза, злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, органов дыхания, гинекологических заболеваний и т. д.) путем одномоментных осмотров в организованных коллективах либо путем осмотра всех лиц, обращающихся за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения.

Результаты медицинских осмотров фиксируются в «Карте подлежащего периодическому осмотру» (ф. 046/у), для лиц, проходящих обязательные периодические осмотры, в «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф. 025/у), в «Истории развития ребенка» (ф. 112/у), «Медицинской карте ребенка» (ф. 026/у) (для школ, школ-интернатов, детских домов, детских садов, яслей-садов), в «Медицинской карте студента ВУЗа».

В небольших лечебно-профилактических учреждениях, где нецелесообразно создание специальных картотек осмотренных, вместо ф. 047/у могут заполняться «Списки лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру» (ф. 048/у).

«Карты учета профилактических осмотров / Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. 131/у или ф.030/у) фиксируют факт осмотра врачами узких специальностей и проведения лабораторных исследований. Ежегодно определяется группа здоровья для каждого прошедшего диспансеризацию, а если выявлено заболевание, то ставится его диагноз, а также отмечается взятие под специальное наблюдение.

Показатели заболеваемости по данным медицинских осмотров

Показатель частоты выявления хронических заболеваний при медицинских осмотрах
= Число выявленных при медицинских осмотрах хронических заболеваний / Общее число осмотренных * 1000

Показатель структуры патологической пораженности = Число случаев выявления при медицинском осмотре данного хронического заболевания / Общее число выявленных при медицинском осмотре хронических заболеваний * 100%

Удельный вес лиц, признанных при медицинском осмотре практически здоровыми = Число лиц, признанных при медицинском осмотре практически здоровыми / Общее число осмотренных * 100%

Госпитализированная заболеваемость.

Госпитализированной заболеваемости отводится важное место в статистике здравоохранения. Единицей учета в данном случае является случай госпитализации больного в стационар, а учетным документом - «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. 066/у).

«Статистическая карта выбывшего из стационара» составляется на основании «Медицинской карты стационарного больного» (ф. 003/у) и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном, умершем).

Показатели госпитализированной заболеваемости

Показатель частоты госпитализации = Число госпитализированных за год / Среднегодовая численность населения * 1000

Показатель структуры госпитализированных по заболеваниям = Число госпитализированных по поводу данного заболевания / Число всех госпитализированных * 100%

Инфекционная заболеваемость.

Все подлежащие оповещению инфекционные заболевания можно разделить на следующие группы:

1) карантинные заболевания (чума, холера, натуральная оспа, желтая лихорадка);

2) заболевания, которые регистрируются как важнейшие неэпидемические болезни с одновременной информацией органов Госсанэпиднадзора (туберкулез, сифилис, гонорея, трахома, грибковые заболевания, лепра). Информация об этих заболеваниях собирается системой специализированных лечебно - профилактических учреждений;

3) заболевания, о которых лечебно-профилактическое учреждение представляет только суммарную (цифровую) информацию в органы Госсанэпиднадзора, и которые по классификации не относятся к классу инфекционных заболеваний (грипп, ОРВИ);

4) заболевания, о каждом случае которых делаются сообщения в местные органы санэпиднадзора, с приведением детальных сведений о заболевании (брюшной тиф, паратифы, сальмонеллезы, дизентерия, энтериты, детские инфекции, менингиты, энцефалиты, инфекционный гепатит, столбняк, полиомиелит, бешенство, риккетсиозы, малярия, лептоспироз, сепсис у детей 1-го месяца жизни, геморрагическая лихорадка, орнитоз и др.).

Карантинные болезни - это условное название группы инфекционных болезней, характеризующихся высокой контагиозностью и высокой летальностью, к которым применяются международные карантинные ограничения в соответствии с международными медико-санитарными правилами. В случае выявления карантинных заболеваний применяются меры экстренного противоэпидемического характера, вплоть до создания чрезвычайных противоэпидемических комиссий (ЧПК).

В случае обнаружения заболеваний 2 и 4 группы заполняется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. 058/у). «Экстренное извещение» составляется врачами (1 экземпляр) и средним медицинским персоналом (2 экземпляра) лечебно-профилактических учреждений всех ведомств, медицинским персоналом школ, детских домов, детских дошкольных учреждений в случае выявления инфекционного заболевания (подозрения на него), острого пищевого, профессионального отравления, необычной реакции на прививку независимо от условия выявления: при обращении за лечением, профилактическом осмотре, обследовании в стационаре, на секции и т.д.

Показатели инфекционной заболеваемости

Частота выявления инфекционных заболеваний = Число выявленных инфекционных заболеваний на данной территории /Средняя численность населения данной территории * 100 000



Частота госпитализации инфекционных больных = Число госпитализированных инфекционных больных / Средняя численность населения * 100

Показатель охвата инфекционных больных госпитализацией = Число госпитализированных инфекционных больных / Число выявленных инфекционных больных * 100%

Показатель очаговости = Число выявленных инфекционных больных данным заболеванием / Число очагов данного заболевания

Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями.

Наряду с обязательным учетом инфекционной заболеваемости проводится специальный учет важнейших неэпидемических болезней, к которым относятся: туберкулез, венерические заболевания, микозы, трахома, злокачественные новообразования, психические болезни и другие.

При обнаружении данных заболеваний, заполняется «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» (ф. 089/у) или «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (ф. 090/у).

Показатели заболеваемости важнейшими неэпидемическими заболеваниями

Частота выявления неэпидемических заболеваний = Число впервые выявленных неэпидемических заболеваний / Средняя численность населения * 10 000 (100 000)

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ).

Специальному учету и анализу подлежит заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ), или заболеваемость работающих контингентов. Этот учет осуществляется по листкам нетрудоспособности. Однако в амбулаторно-поликлинических учреждениях, использующих систему учета по законченному случаю поликлинического обслуживания, сбор и формирование статистической информации о временной нетрудоспособности осуществляется посредством «Медицинская карта амбулаторного больного».

Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности

Число случаев временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год = Число случаев временной утраты трудоспособности / Средняя численность работающих * 100

Число дней временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год = Число дней временной утраты трудоспособности / Средняя численность работающих * 100

Средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности = Число дней временной утраты трудоспособности / Число случаев временной утраты трудоспособности

Структура заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности = Число случаев (дней) временной утраты трудоспособности по поводу данного заболевания

*/Число случаев (дней) временной утраты трудоспособности по поводу всех заболеваний *
100%*

Число случаев нетрудоспособности на 100 работающих (показатель частоты) указывает на уровень заболеваемости работающих.

Число дней нетрудоспособности на 100 работающих зависит от многих факторов, влияющих на длительность нетрудоспособности и характеризует, в основном, тяжесть заболевания.

Инвалидность (лат. *invalidus* — слабый, немощный) - это стойкое длительное нарушение трудоспособности либо ее значительное ограничение, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием. За установлением факта инвалидности следует прекращение работы или изменение условий и характера труда и назначение различных видов государственного социального обеспечения (пенсия, трудоустройство, профессиональное обучение, протезирование и др.), гарантированное законодательством.

Различают два понятия - первичная инвалидность и общая инвалидность.

Первичная инвалидность (иногда ее менее точно называют «первичный выход на инвалидность») - отношение числа лиц, впервые признанных инвалидами в данном календарном году, к населению в целом или к его отдельным группам (например, к общему числу рабочих и служащих); обычно этот годичный показатель вычисляется на 1000 человек.

Общая инвалидность - наличие инвалидов в населении или в его отдельных группах, т. е. отношение всего числа инвалидов, и впервые признанных, и с ранее установленной инвалидностью на 1000 человек.

Таким образом, эти понятия совершенно аналогичны определениям заболеваемости (и заболеваемость, и первичная инвалидность учитываются по моменту возникновения или, точнее, обнаружения и регистрации) или распространенности (болезненности). Распространенность, контингента больных, так же как и общая инвалидность, контингента инвалидов - это и все вновь возникшие случаи, и выявленные за прошедшие годы, т.е. по моменту наличия.

В зависимости от степени потери или ограничения трудоспособности установлены три группы инвалидности:

I группа инвалидности: стойкие и тяжелые нарушения функций организма, при которых больной утратил полностью постоянно или длительно трудоспособность и нуждается в посторонней помощи, уходе или надзоре. В некоторых случаях инвалиды первой группы приспособляются к отдельным видам труда в особо созданных условиях.

II группа инвалидности: значительно выраженные функциональные нарушения, которые не вызывают необходимость в постоянной посторонней помощи. Больные полностью и длительно нетрудоспособны. Лишь в

отдельных случаях больным разрешают труд в специально созданных условиях или на дому.

III группа инвалидности: значительное снижение трудоспособности вследствие хронических заболеваний или анатомических дефектов. Больные нуждаются в значительных изменениях условий труда в своей профессии, что приводит к сокращению квалификации. Кроме того, к этой категории относятся лица, которые не допускаются к выполнению работы по эпидемическим показаниям (например, при туберкулезе).

Показатели инвалидности

Показатель первичной инвалидности трудоспособного населения = $\frac{\text{Число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в отчетном году}}{\text{Общая численность лиц трудоспособного возраста}} * 10\ 0000 (1000)$

Показатель первичной инвалидности детского населения = $\frac{\text{Число детей до 18 лет, впервые признанные инвалидами в отчетном году}}{\text{Общая число детей до 18 лет}} * 10\ 0000 (1000)$

Показатель структуры первичной инвалидности по заболеваниям (возрасту, социальной принадлежности) = $\frac{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами от отдельных заболеваний в отчетном году}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных инвалидами в отчетном году}} * 100\%$

Показатель структуры первичной инвалидности по группам инвалидности = $\frac{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами 1 (2,3) группы в отчетном году}}{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами в отчетном году}} * 100\%$

Показатель общей инвалидности трудоспособного населения (распространенность инвалидности) = $\frac{\text{Число инвалидов трудоспособного возраста}}{\text{Среднегодовая численность трудоспособного населения}} * 10\ 0000 (1000)$

Показатель общей инвалидности детского населения (распространенность детской инвалидности) = $\frac{\text{Число детей-инвалидов до 18 лет}}{\text{Среднегодовая численность детского населения до 18 лет}} * 10\ 0000 (1000)$

Удельный вес лиц, впервые признанных инвалидами = $\frac{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами в отчетном году}}{\text{Общее число инвалидов на начало отчетного года}} * 100\%$



Контрольные вопросы

1. Что подразумевается под заболеваемостью населения?
2. Из каких источников получают данные о заболеваемости?
3. Что означает понятие «собственно заболеваемость»?
4. Что означает понятие «распространенность»?
5. Что означает понятие «патологическая пораженность»?
6. Какие виды заболеваемости принято выделять в статистике заболеваемости?
7. Каким требованиям должен соответствовать каждый показатель заболеваемости, согласно рекомендациям ВОЗ?

8. Что принимают за единицу учета при изучении общей заболеваемости по обращаемости? Назовите показатели.

9. Что означает «госпитализированная заболеваемость»? Перечислите показатели.

10. Для чего проводится учет инфекционной заболеваемости, какие болезни учитываются?



Ситуационные задачи

Задача №1. В городе Б среднегодовая численность населения составляет 250.000 человек. В отчетном году зарегистрированы 260.000 первичных обращений населения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения по поводу различных заболеваний, в том числе 160.000 обращений по поводу болезней, выявленных впервые в жизни.

Среди впервые выявленных заболеваний зарегистрированы: 70.000 - болезни органов дыхания; 35.000 - заболевания нервной системы; 30.000 - травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин; 20.000 - болезни органов кровообращения; 5000 - прочие заболевания.

Вопрос:

1а-Рассчитайте все возможные показатели, характеризующие заболеваемость по обращаемости в амбулаторно - поликлинические учреждения города Б в отчетном году.

Задача № 2. В городе А. среднегодовая численность населения которого составляет 1.300.000 человек, в отчетном году зарегистрированы 10.610 больных с впервые в жизни установленным диагнозом. Из них: злокачественными новообразованиями - 5120 человек; сифилисом - 2300; острой гонореей - 1460; чесоткой - 1250; туберкулезом, подтвержденным бактериологически и гистологически, - 480.

Вопрос:

2а-Рассчитайте показатели, характеризующие заболеваемость населения важнейшими неэпидемическими заболеваниями.



Тестовые вопросы

1. Перечислите основные методы изучения заболеваемости населения:

- A. по обращаемости за медицинской помощью
- B. переписи населения
- C. переписи больных
- D. антропометрические измерения
- E. по поступившим в стационар



2. Какие критерии используются при отборе группы часто и длительно болеющих:

- A. средняя длительность случая утраты трудоспособности
- B. число дней госпитализации пациентов трудоспособного возраста
- C. число случаев инвалидности среди жителей трудоспособного возраста
- D. число дней утраты трудоспособности
- E. число случаев утраты трудоспособности

3. Определите содержание понятия “первичная заболеваемость”:

- A. совокупность посещений в медицинские учреждения
- B. совокупность зарегистрированных болезней среди населения
- C. совокупность случаев впервые выявленных заболеваний среди населения
- D. совокупность болеющих лиц среди населения
- E. совокупность зарегистрированных болезней в стационаре

4. Назовите источник изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

- A. отчет о причинах временной трудоспособности;
- B. листок нетрудоспособности;
- C. статистический талон для регистрации заключительных диагнозов;
- D. медицинская карта амбулаторного больного
- E. диспансерный учет

5. Специальному учету при изучении заболеваемости подлежат:

- A. острые респираторные вирусные инфекции
- B. отравления сурогатами алкоголя
- C. заболевания лиц без определенного места жительства
- D. туберкулез
- E. воспалительные заболевания органов дыхания

ГЛАВА 5

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ИХ ИЗУЧЕНИЯ

Введение

Здоровье населения всегда рассматривалось как показатель благополучия нации и одна из важнейших составляющих человеческого капитала, что в конечном итоге определяет потенциал страны.

В свою очередь, здоровье населения является одним из интегральных показателей преобразований, происходящих в обществе, и определяется комплексом факторов.

Цель: ознакомить студентов с факторами, влияющие на здоровье населения и методами их изучения.

Задачи:

- Ознакомить с группировкой факторов риска, влияющих на здоровье человека согласно ВОЗ.
- Дать понятие определению факторов риска.
- Ознакомить с классификацией факторов риска.
- Объяснить влияние факторов риска на здоровье населения.
- Ознакомить со схемой комплексного изучения здоровья и факторов, его определяющих.
- Объяснить основные методы изучения факторов риска.
- Дать понятие описательным исследованиям и ее видам.
- Дать понятие аналитическим исследованиям и ее видам.

После изучения этой главы, студент должен уметь:

- Дать определение группировкам факторов риска, влияющих на здоровье человека согласно ВОЗ.
- Объяснить определение факторов риска.
- Четко рассказать классификацию факторов риска.
- Охарактеризовать влияние факторов риска на здоровье населения.
- Рассказать схему комплексного изучения здоровья и факторов, его определяющих.
- Объяснить основные методы изучения факторов риска.
- Дать определение описательным исследованиям и ее видам.
- Дать определение аналитическим исследованиям и ее видам.

Необходимые материалы и оборудования для проведения занятия:

- Учебно-методический комплекс дисциплины.
- Визуальные материалы (слайды, плакаты, стенды).
- Мультимедийное оборудование: проектор, экран, интерактивная доска.

- Аудитория, приспособленная для размещения студентов и для работы ТСО.

Рекомендуемые методы преподавания (с описанием проведения метода):

- Обратная связь путем тестирования. Время выполнения каждого задания распределяется с учетом его трудоемкости. Оценочные тесты индивидуальной и групповой готовности являются необходимым инструментом развития индивидуальной ответственности студентов за итоги командной работы, а также формирования групповой ответственности и навыков работы в команде. Кроме того, разбор тестовых заданий дает немедленную обратную связь и способствует закреплению знаний.

Содержание темы

Факторы, определяющие здоровье, обычно объединяют в следующие группы:

1. Социально-экономические факторы (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние, уровень и качество питания, отдых и др.).

2. Экологические и природно-климатические факторы (среда обитания, среднегодовая температура, наличие экстремальных природно-климатических факторов и др.).

3. Организационные или медицинские факторы (обеспеченность населения медицинской помощью, качество медицинской помощи, доступность медико-социальной помощи и др.).

4. Биологические факторы (возраст, пол, конституция, наследственность и др.).



По данным ВОЗ, здоровье в основном зависит от образа жизни (50-55%), примерно по 15-20% занимают наследственные факторы и загрязнение окружающей среды и 10-15% приходится на работу органов и организаций здравоохранения. Как видно, воздействие образа жизни на здоровье в 2-2,5 раза больше, чем других факторов.

Более 80% случаев заболеваний сердечнососудистой системы и сахарного диабета типа 2, а также около 40% случаев онкологических новообразований можно предотвратить путем позитивного изменения образа жизни населения и снижения влияния факторов риска (таблица 1).



Таблица 1. Группировка факторов риска

Категории факторов риска	Примеры факторов риска	Доля %
Образ жизни	Курение, употребление алкоголя	50-57
	Несбалансированное питание	
	Стрессовые ситуации (дистрессы)	
	Низкая физическая активность	
	Употребление наркотиков, злоупотребление лекарствами	
	Напряженные семейные отношения	
	Напряженные психоэмоциональные отношения на работе	
Внешняя среда	Низкий культурный и образовательный уровень	20-25
	Загрязнение воздуха и воды канцерогенами и другими вредными веществами	
	Загрязнение почвы	
	Резкие смены состояния атмосферы	
	Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	
Генетические	Предрасположенность к наследственным болезням	15-20
	Неэффективность профилактических мероприятий	
Здравоохранение	Низкое качество и несвоевременность медицинской помощи	10- 15
	Неэффективность профилактических мероприятий	

Факторы риска - это определяющие здоровье факторы, влияющие на него отрицательно. Они благоприятствуют возникновению и развитию болезней.

Фактор риска – это признак, который каким-то образом связан в будущем с возникновением заболевания.

Число факторов риска огромно и с каждым годом возрастает. Так, генетических факторов (предрасполагающих к заболеваниям) в 60-х годах было идентифицировано не более 1000, а сегодня называют более 3000. Полагают, что только из окружающей среды на человека воздействует более 6 млн. различных вредностей (физических, биологических, химических и др.), их число ежегодно возрастает на 5000-6000.

Классификация факторов риска.

Различают наследственные факторы риска, выявляемые при сборе анамнеза (например, наличие хронических заболеваний у ближайших родственников), биологические - это параметры жизнедеятельности организма (содержание глюкозы в крови, артериальное





давление, индекс массы тела и др.) и поведенческие факторы риска, связанные с образом жизни (питание, гиподинамия, вредные привычки и т.д.).

Одна из общепринятых классификаций — выделение главных, или больших факторов риска. Например, факторы риска по сердечнососудистым заболеваниям — курение, гиподинамия, избыточная масса тела, несбалансированное питание, артериальная гипертензия, психоэмоциональные стрессы, алкоголь. Таких больших факторов немного, но они имеются при многих неэпидемических хронических заболеваниях. Большинство таких факторов риска зависит от поведения, образа и условий жизни людей, т.е. это субъективные факторы. По происхождению факторы риска бывают первичными и вторичными (таблица 2).

Таблица 2 - Первичные и вторичные большие факторы риска здоровью

Первичные большие факторы риска	Вторичные большие факторы риска
курение	сахарный диабет
злоупотребление алкоголем	артериальная гипертензия;
нерациональное питание	липидемия, холестеринемия;
гиподинамия	ревматизм;
психоэмоциональный стресс	аллергия;
загрязнение внешней среды	иммунодефициты и др.
наследственные предпосылки заболеваний	
неудовлетворительная работа служб здравоохранения	

По данным исследований ВОЗ следующие 10 основных предотвратимых факторов риска сокращают ожидаемую продолжительность жизни человека почти на семь лет во всем мире: высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, табак, высокий индекс массы тела, недостаточное употребление фруктов и овощей, алкоголь, недостаточная физическая активность, дым в помещениях от сжигания твердого топлива, свинец, загрязнение атмосферного воздуха в городах.

На здоровье населения оказывает влияние целый ряд таких отрицательных факторов образа жизни, как курение и употребление алкоголя, неправильное питание, адинамия и гиподинамия, употребление наркотиков и злоупотребление лекарствами, вредные условия труда, стрессовые ситуации, неблагоприятные материально-бытовые условия, непрочность семей, одиночество, низкий образовательный и культурный уровень, чрезмерно высокая степень урбанизации. Как, к примеру, на здоровье влияет урбанизация? Это концентрация промышленных предприятий, чрезвычайно развитая сеть транспорта и связи, ускоренный темп питания. В результате урбанизации меняется климат городов, загрязняется окружающая среда, увеличивается шум, растет психоэмоциональная напряженность жизни.



Первая проблема крупного города – это нейропсихическое состояние человека. Эмоциональные стрессы, угнетенное состояние, тоска, страх, депрессия, тревога и другие эмоциональные проявления еще в древности привлекали внимание медиков. При этих состояниях легче возникают и тяжелее протекают гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенные болезни, болезни кожи и обмена веществ, не говоря уже о неврозах и психических расстройствах. Социально-гигиеническая проблема психологического фактора риска при урбанизации состоит в разработке мер общественной психопрофилактики. Вторая проблема крупного города — это рост заболеваемости болезнями сердечнососудистой, нервной системы, органов дыхания, гриппом и инфекционными заболеваниями, язвенной болезнью желудка и травматизма. Эти нозологические формы встречаются у городских жителей в 2-4 раза чаще, чем у сельских. Третья проблема города — это гиподинамия. Еще в середине XIX в. машины и устройства, созданные человеком, производили не более 4% вырабатываемой энергии. В настоящее время лишь 1% энергии вырабатывается мускульной силой, остальные 99% — результат механизации и автоматизации. В результате — энергетический природный потенциал человека оказался ненужным. Автобус, трамвай, троллейбус, лифт, кресло приводят в конечном итоге к развитию сердечнососудистых заболеваний, болезней нервной системы, суставов, связок, позвоночника. Неизбежные следствия ослабления мышечной активности - артриты, артрозы и частые мучительные страдания по поводу поясничных болей.

Еще один фактор риска возникновения важнейших заболеваний – питание. Здесь мы выделяем такие проблемы, как несбалансированное и некачественное питание, недо- и переедание. Несбалансированность питания заключается в несоответствии между энергопоступлением и энерготратами, в неадекватной структуре питания, в том числе в нарушении соотношения основных компонентов питания (белки, жиры, углеводы, минеральные соли, витамины), в несоответствии времени приема пищи и ее объема индивидуальным биоритмологическим особенностям. Динамика потребления продуктов питания также не совсем благоприятна: за последние годы отмечается увеличение потребления хлебобулочных продуктов. Такие белоксодержащие продукты, как мясо и мясопродукты, мы употребляем на 7% ниже рекомендуемых норм, овощей, фруктов и ягод - на 30%. В настоящее время в развитых странах от 20 до 50% здоровых людей и до 60% больных страдают избытком массы тела и ожирением. В 85% случаев ожирение является алиментарным, т.е. связанным с ошибками в питании. Поэтому в последние годы там отмечено резкое снижение потребления сливочного масла (на 38%), яиц (примерно на 20%), жирного молока (на 47%), сахара (на 23%). Преимущественно углеводистая модель питания привела к избыточной массе тела у четверти населения нашей страны (у 28%



городских и 22% сельских жителей, причем не только у взрослых). Лишний вес - это база для возникновения сердечнососудистых заболеваний, гипертонии, диабета, заболеваний опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы, ряда онкологических заболеваний. Актуальна и проблема недоедания. Анемии, склонность к инфекционным заболеваниям, дистопия, гиповитаминоз становятся результатом постоянного недоедания.

Нормализация обмена веществ и регуляция веса населения способствовали бы увеличению средней продолжительности жизни на 8-10 лет, в то время как избавление от рака способствовало бы увеличению средней продолжительности жизни на 4-6 лет.

В настоящее время ВОЗ установлены 7 основных факторов в области питания, направленных на преодоление риска несбалансированного питания:

- избегать переедания, а при избыточной массе тела снижать энергетическое потребление и увеличивать энергозатраты;
- увеличить потребление сложных углеводов и «натуральных» сахаров (фруктозы, лактозы) до 48% общей калорийности;
- снизить потребление рафинированных сахаров до 10% в общей калорийности;
- уменьшить потребление жира до 30% в общей калорийности за счет ограничения потребления мяса, яиц, использования обезжиренного молока;
- снизить потребление насыщенных жиров до 10% общего энергетического потребления;
- уменьшить потребление холестерина в день до 300 мг;
- ограничить потребление натрия, снизив прием соли до 5 г в день.

Следующий фактор риска нездоровья — это курение. В настоящее время курение превратилось в массовую эпидемию. Установлено, что курение сокращает продолжительность жизни на 8-15 лет. Курение приводит к преждевременной смертности, учащает случаи внезапной смерти. Среди курящих уровень смертности на 70% выше, чем среди некурящих. Кроме того, курение является основной причиной возникновения ряда грозных заболеваний: злокачественных новообразований трахеи, бронхов и легких; злокачественные новообразования губ; злокачественные новообразования пищевода, полости рта и глотки; злокачественные новообразования гортани; эмфизема и хроническая обструктивная болезнь легких; ишемическая болезнь сердца.

Смертность курящих от некоторых причин значительно превышает смертность некурящих. По данным ВОЗ, в Европе ежегодно умирают от курения 1,2 млн. человек.

В настоящее время с курением связывают 90% всех смертельных исходов от рака легких и бронхов, 85% - от бронхита и эмфиземы легких, 70% —



от рака полости рта, 50% — от рака поджелудочной железы, 47% — от рака мочевого пузыря, 30% — от рака пищевода, 20% — от рака почек.

Следующий фактор риска — употребление алкоголя. В различных странах насчитывается от 1 до 10% больных хроническим алкоголизмом. Однако это далеко не полные сведения, поскольку гораздо больше злоупотребляющих не регистрируются, никем и нигде не учитываются. Распространенность алкоголизма учитывается по косвенным данным - производству алкогольных напитков, числу лиц, состоящих на учете в медицинских учреждениях, уровню и структуре их потребления спиртных напитков, величине медицинских и экономических потерь вследствие пьянства и алкоголизма.

Поданным мировой статистики, 15% мужчин и 5% женщин регулярно употребляют алкоголь. Из этого числа 3-6% становятся больными хроническим алкоголизмом. С биологической точки зрения женщины более уязвимы, чем мужчины, по отношению к алкоголю. Так, если у мужчин процесс привыкания к алкоголю, заканчивающийся полной зависимостью от него, длится 10-15 лет, то у женщин он занимает всего 3-4 года. В одном и том же возрасте, при одинаковой массе тела, одинаковом потреблении алкоголя содержание алкоголя в крови у женщин всегда выше по сравнению с мужчинами, у них быстрее возникают тяжелые органические поражения. Изучая алкоголизм как социально-гигиеническую проблему Ю.П.Лисицын и Н.Я.Копыт классифицировали население на 3 группы:

1. Лица, употребляющие алкогольные напитки редко, не чаще одного раза в месяц, и лица, не употребляющие спиртные напитки вообще;
2. Лица, употребляющие алкогольные напитки умеренно (1-3 раза в месяц, но не чаще 1 раза в неделю);
3. Злоупотребляющие алкоголем - чаще одного раза в неделю:
 - а. без признаков алкоголизма, т.е. лица, потребляющие алкоголь часто (несколько раз в неделю) в больших количествах;
 - б. с небольшими признаками алкоголизма — при наличии психической зависимости и изменений реактивности, чувствительности организма к алкоголю (влечение к алкоголю и состоянию опьянения, утрата контроля за качеством потребляемых напитков, повышение толерантности, восприимчивости и т.п.);
 - с. с выраженными признаками алкоголизма, когда появляются признаки физической зависимости от алкоголя, в частности, абстинентный синдром и другие симптомы, вплоть до серьезных психических нарушений (алкогольный психоз).

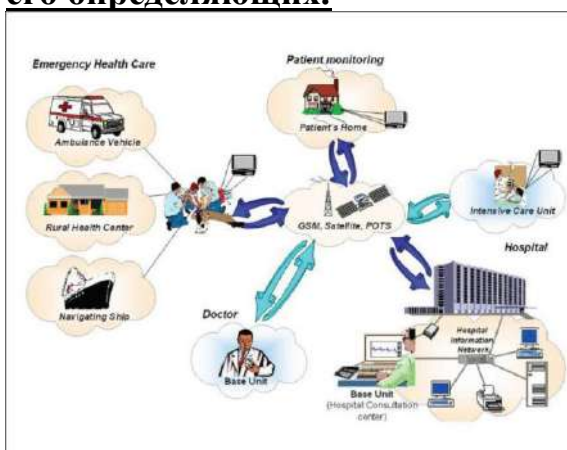
Таким образом, в основе этой классификации лежит медико-социальный подход с использованием комплекса критериев: частоты и количества потребляемых алкогольных напитков, наличия и степени выраженности признаков психической и физической зависимости от алкоголя. Неизбежно



отрицательное влияние употребления алкоголя на показатели здоровья. Так, злоупотребление алкоголем, по данным американских авторов, сокращает среднюю продолжительность жизни на 20 лет. Уровень смертности систематически пьющих в 2-3 раза выше, чем непьющих. В структуре причин смертности мужчин, злоупотребляющих алкоголем, на I месте стоят несчастные случаи, отравления и травмы (почти половина всех случаев смерти); на II месте - сердечнососудистые заболевания (30%); на III месте - злокачественные новообразования. Общеизвестны многочисленные данные о связи злоупотребления алкоголем с бытовым и производственным травматизмом, отравлениями, убийствами и самоубийствами, со многими заболеваниями — психическими расстройствами.

В связи со значительным загрязнением окружающей среды возрастает значение такого фактора, как экологическое поведение. Поданным национального ракового центра США, 15% всех заболеваний раком вызваны загрязнением окружающей среды. По данным ВОЗ, не менее 20% всех больных хроническим бронхитом и эмфиземой легких, проживающих в городах, своим страданием обязаны загрязнению воздуха в них. Одна больничная койка из каждых четырех в мире занята больными, ставшими жертвами загрязнения воды. Мы остановились лишь на некоторых факторах риска, и действуют эти факторы не изолированно, а взаимосвязано. Это значительно усиливает их неблагоприятный эффект на здоровье. Так, курение повышает риск онкологического заболевания в 1,5 раза, злоупотребление алкоголем — в 1,2 раза, а совместное воздействие этих факторов повышает риск онкологического заболевания в 6 раз.

Схема комплексного изучения здоровья и факторов, его определяющих.



Анализ состояния здоровья населения или отдельных его групп должен стать обязательным в деятельности врача. Основными элементами комплексного анализа являются: 1) сбор информации о состоянии здоровья; 2) обработка и анализ информации о состоянии здоровья; 3) выдвижение гипотезы о связи факторов среды с состоянием здоровья; 4) направленное изучение

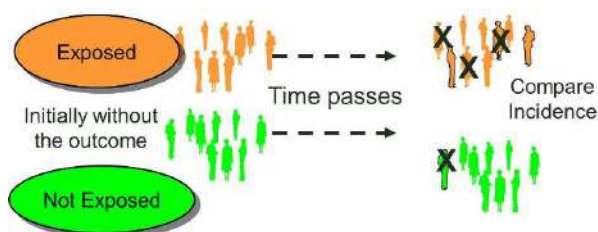
факторов среды и углубленное изучение характеристик здоровья; 5) выявление количественных зависимостей между факторами среды и характеристиками здоровья; 6) принятие решения по оздоровлению окружающей среды для первичной профилактики заболеваний; 7) реализация принятых решений; 8) проверка эффективности принятых решений.



Основные методы изучения факторов риска.

Эпидемиология уделяет основное внимание проведению сравнений для установления причинно-следственных связей, оценки информации и принятия правильных решений, которые повысят качество результатов.

Эпидемиология – это область знаний, метод размышления о проблемах, позволяющий сделать обоснованные выводы и принять верные решения – даже за пределами сферы распространения эпидемии и обычной концепции охраны здоровья.



Аналитические исследования часто проводят сравнения относительно категорийных переменных (categorical variables), например, когда фактор риска или присутствует, или нет, и когда у

объектов исследования или имеется изучаемое заболевание, или нет.

Таблица 2x2 часто используется для подведения итогов наблюдений о наличии фактора риска и заболевания. Числа в 4 клетках обозначают количество объектов исследования в каждой из 4 возможных категорий состояния риска и заболевания. Например, в этой таблице подводится итог исследования 24 объектов.

Когортные исследования (Cohort Studies)

В когортном исследовании определяется группа объектов исследования, у которых нет заболевания, представляющего интерес для исследования, но они различаются по степени подверженности предполагаемому фактору риска. Они группируются согласно их подверженности фактору риска и затем наблюдаются для сравнения частоты новых случаев заболевания.

Когортное исследование начинается с объектов исследования, у которых изначально нет заболевания, и они группируются в соответствии с их подверженностью предполагаемому фактору риска. Затем за ними ведется наблюдение некоторое время, и задается основной вопрос: “Различается ли частота развития заболевания в группах?”

Исследования методом случай-контроль (Case-Control Studies)

Исследование методом случай-контроль начинается с определения пациентов, у которых есть заболевание, и контрольной группы объектов исследования, у которых заболевания нет, и исследователь сравнивает частоту факторов риска в двух группах.

Когортные исследования и исследования методом случай-контроль имеют общую цель. Они оба пытаются установить, существует ли связь

между фактором риска и заболеванием. Но средства, при помощи которых они исследуют эту связь, отличаются.

Исследование методом случай-контроль также стремится определить, существует ли связь между фактором риска и заболеванием, но это делается путем постановки несколько другого вопроса. Вместо того, чтобы начинать с объектов исследования, не имеющих заболевания, и некоторое время наблюдать за тем, у какой группы вероятность развития болезни больше, это исследование начинается с поиска объектов, у которых уже есть заболевание, и сравнения их с тем объектами исследования, у которых заболевания нет. В этом случае основной вопрос таков: “Были ли объекты исследования, у которых есть заболевание, с большей вероятностью подвержены определенным факторам риска ранее?”



Контрольные вопросы

1. Дайте определение «факторам риска»
2. Классификация факторов риска
3. Перечислите 10 основных предотвратимых факторов риска, которые сокращают ожидаемую продолжительность жизни человека, по данным исследований ВОЗ
4. Какие показатели входят в первичные и вторичные большие факторы риска здоровью?
5. Охарактеризуйте схему комплексного изучения здоровья и факторов, его определяющих.
6. Какие методы исследования используются для изучения факторов риска?
7. Чем отличается когортное исследование от исследования случай-контроль?



Ситуационные задачи

Задача №1. Больной Б., 62 года, состоит на учёте с диагнозом хронический обструктивный бронхит легких. Курит в течение 35 лет. Сохраняются жалобы на частый кашель с отхождением мокроты, одышку при ходьбе и физической нагрузке.

Вопрос:

1а-Какие факторы риска способствовали развитию данного заболевания?

Задача № 2. Мужчина 46 лет, житель крупного города, холост, питается в основном фастфудом, периодически выпивает, курит последние 20 лет. В последние полгода жалуется на чувство давления и жгучую боль в грудной клетке, повышение АД, тошноту, увеличение веса за последний год на 18 кг. Дыхание затруднено, после 200-300м ходьбы, начинается отдышка. По анамнезу и лабораторным исследованиям, врач-кардиолог поставил диагноз: ранняя стадия стенокардии.

Вопрос:

2а-Перечислите факторы риска, которые могли способствовать развитию стенокардии? Распределите факторы риска на первичные и вторичные?



Тестовые вопросы

1. Фактор, оказывающий наибольшее влияние на здоровье населения

- A. наследственность
- B. экологическая обстановка
- C. возраст и место жительства
- D. организация медицинской помощи
- E. социально-экономические условия и образ жизни населения

2. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют:

- A. экологические
- B. биологические
- C. образ жизни
- D. уровень организации медицинской помощи
- E. качество медицинской помощи

3. К первичным большим факторам риска относится?

- A. сахарный диабет
- B. артериальная гипертензия
- C. ревматизм
- D. психоэмоциональный стресс
- E. холестеринемия

4. К вторичным большим факторам риска относится?

- A. злоупотребление алкоголем
- B. артериальная гипертензия
- C. психоэмоциональный стресс
- D. гиподинамия
- E. нарушение питания

5. Выберите правильное определение фактора риска заболеваний:

- A. это определенные личностные характеристики и особенности образа жизни, повышающий риск болезни
- B. это влияние на состояние здоровья человека определенных факторов, способствующих повышению риска развития заболеваемости
- C. это влияние на состояние здоровья населения биологических факторов, которые невозможно изменить и особенности образа жизни, повышающие риск болезни
- D. это влияние на здоровье населения социально-экономических факторов и определенные личностные характеристики, повышающие риск развития болезни
- E. это влияние на здоровье населения окружающей микро- и макросреды и особенности образа жизни, повышающие риска развития болезни

ГЛАВА 6 ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ. СКРИНИНГ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Введение

Профилактическая направленность, как один из основных принципов отечественной системы здравоохранения, реализуется в деятельности всей сети медицинских организаций. Одним из долгосрочных приоритетов стратегии социально-экономического преобразования страны определено предотвращение заболеваний и стимулирование здорового образа жизни. В рамках стратегии здоровый образ жизни рассматривается как основа профилактики заболеваний и особенно первичной профилактики - начального и решающего звена системы охраны здоровья населения. Реализация приоритетов широкой комплексной оздоровительной программы, основывающейся на системе научного управления факторами здоровья, позволит получить высокий социально-валеологический эффект, направленный на формирование здоровой, всесторонне развитой нации.

Цель: Ознакомить студентов с основами профилактики, видами профилактики и методами и формами.

Задачи:

- Дать понятие термину «профилактика».
- Объяснить основные виды профилактики.
- Ознакомить с видами профилактических мероприятий.
- Дать определение понятию «скрининг».
- Объяснить, при каких ситуациях не целесообразно проводить скрининг.
- Ознакомить с достоверностью теста.
- Ознакомить с чувствительностью теста.
- Дать определение понятиям прогностическая ценность положительного и отрицательного результата.

После изучения этой главы, студент должен уметь:

- Правильно определить понятие валеологии.
- Четко рассказать категории условия жизни.
- Охарактеризовать термин «профилактика».
- Объяснить основные виды профилактики.
- Рассказать виды профилактических мероприятий.
- Четко определить понятие «скрининг».
- Объяснить, при каких ситуациях не целесообразно проводить скрининг.
- Правильно определить достоверность теста.
- Правильно определить чувствительность теста.

- Четко дать определение понятиям прогностическая ценность положительного и отрицательного результата.

Необходимые материалы и оборудования для проведения занятия:

- Учебно-методический комплекс дисциплины.
- Визуальные материалы (слайды, плакаты, стенды).
- Мультимедийное оборудование: проектор, экран, интерактивная доска.
- Аудитория, приспособленная для размещения студентов и для работы ТСО.

Рекомендуемые методы преподавания (с описанием проведения метода):

- Беседы, диалог, дискуссии. Изложите проблемы или опишите конкретный случай; демонстрация видеofilmа; демонстрация материала (объекты, иллюстративный материал, и т.д.) и задайте стимулирующие вопросы – особенно вопросы типа «что?», «как?», «почему?», и т.д.

Содержание темы



Термин «Профилактика» (prevention) можно определить как «действия, направленные на уменьшение вероятности возникновения заболевания или нарушения, прерывание или замедление прогрессирования заболевания, уменьшение вероятности нетрудоспособности».

Профилактика — составная часть медицины. Социальное профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия.



Создание системы предупреждения заболеваний и устранение факторов риска являются важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства. Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики.

Первичная профилактика — это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакци-



нация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.). К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию и др. Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома называются лечебно-профилактическими учреждениями.

Вторичная профилактика — это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Вторичная профилактика заболеваний направлена на предупреждение прогрессирования заболеваний на ранних стадиях и их последствий. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

«Третичная профилактика» – комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика заболеваний направлена на контролирование уже развившихся осложнений, повреждений органов и тканей. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию. Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни.

По определению ВОЗ, укрепление здоровья – это процесс, помогающий человеку усилить контроль за детерминантами здоровья и улучшить его. Это новая стратегия, включающая в себя все мероприятия, направленные на улучшение индивидуального и общественного здоровья путем комбинации внедрения стратегии изменения поведения, санитарного просвещения, мер защиты здоровья, определения факторов риска, приумножение и поддержание здоровья.

Профилактические мероприятия могут проводиться на индивидуальном и популяционном уровнях. Индивидуальная профилактика - включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья на уровне отдельной личности, и в основном сводится к соблюдению норм здорового образа жизни и личной гигиены. Если профилактическое воздействие направлено на большую группу или на все население в целом, то речь идет о популяционной профилактике. Например, изучение результатов

популяционных профилактических программ показало, что снижение среднего уровня АД в популяции на 5 мм рт. ст. приведет к снижению смертности от инсульта на 30%. Это свидетельствует о высокой медицинской эффективности популяционной стратегии профилактики. Сочетание обоих подходов признано более эффективным.



Важную роль в формировании позитивного в отношении здоровья поведения, как на индивидуальном, так и общественном уровне играет гигиеническое воспитание. Основным правилам гигиенического воспитания относятся: во-первых, определение «образовательных нужд» (это потребности в содержании и объеме знаний индивида или целевой группы, с учетом выявленных факторов риска); во-вторых, обеспечение мотивации к обучению, где в предоставлении пациенту нужной информации особое внимание уделяется медицинскому работнику, его подготовленности в методах изменения поведения; в-третьих, выявление причин которые могут помешать в результативности обучения. Это могут быть следующие причины: не адекватное физическое состояние пациента; рекомендации без учета его финансовых и материальных возможностей; отсутствие поддержки со стороны семьи, близкого окружения; низкий уровень санитарно-гигиенической грамотности; культурные, этнические, языковые барьеры; отсутствие мотивации; отрицательное влияние близкого окружения; негативный прошлый опыт; отрицание личной ответственности.



Скрининг – это обследование людей, не считающих себя больным и, соответственно, не обращающихся к врачам, с целью выявления среди них больных для проведения раннего лечения или для иного предотвращения нежелательных событий.

Без скрининга диагностика заболевания происходит только после проявления симптомов. Тем не менее, заболевание часто начинается задолго до проявления симптомов, и даже при их отсутствии может быть момент, когда заболевание можно выявить путем скрининг-теста.

Период времени между возможным выявлением заболевания путем скрининга и более поздним его обнаружением после проявления симптомов называется “выявляемой доклинической фазой” (detectable preclinical phase).

Ожидается, что выявление заболевания на этапе выявляемой доклинической фазы приведет к более раннему началу лечения, что, в свою очередь, будет способствовать более благоприятному исходу. Однако это не всегда так.

При каких ситуациях скрининг не целесообразен:

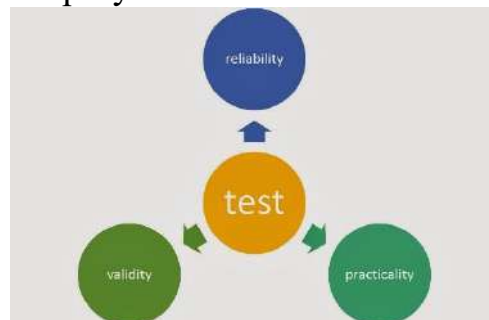
• Многие люди с камнями в желчном пузыре не обнаруживают симптомов заболевания, жёлчный пузырь можно удалить, и в более позднее начало лечения, в целом, не вызывает проблем.

• Рак легких: до настоящего момента лечение не было особенно эффективным.

В идеальном варианте желателен очень *чувствительный* (высокая вероятность выявления заболевания) и весьма *специфичный* (высокая вероятность того, что результаты скрининга тех, у кого нет заболевания, будут отрицательными) скрининг-тест. Тем не менее, редко когда имеется четкое разграничение между понятиями “нормальный” и “патологический.”

Например, у некоторых мужчин с раком предстательной железы уровень специфического антигена предстательной железы < 5 , а у некоторых мужчин без рака предстательной железы уровень специфического антигена предстательной железы > 5 . Если мы решим, что значение уровня специфического антигена предстательной железы > 5 является патологией, некоторые мужчины, страдающие раком, будут неверно определены как имеющие отрицательные результаты, а другие мужчины без рака будут неверно определены как имеющие положительные результаты.

Таким образом, люди, у которых действительно было заболеванием, могли быть правильно или неправильно классифицированы в результате скрининг-теста, и, наоборот, люди без заболевания могли быть классифицированы верно или неверно.



Достоверность теста (test validity) можно рассмотреть с помощью таблицы 2x2, в которой сведены результаты теста согласно действительному наличию заболевания (столбцы), а также тому, как объекты исследования были распределены по категориям по результатам скрининг-теста (строки).

Чувствительность (sensitivity) рассматривает всех людей, у которых действительно было заболевание. Представляет долю этих людей, которые были правильно определены как имеющие заболевание по результатам теста.

Специфичность (specificity) рассматривает всех людей, у которых действительно не было заболевания. Представляет долю этих людей, которые были правильно определены как не имеющие заболевания по результатам скрининг-теста.

Один из факторов, влияющих на выполнимость программы скрининга, является *выход (yield)* т.е. количество выявленных случаев. Его можно определить с помощью прогностической ценности.

В отличие от чувствительности и специфичности, *прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов* рассматривает

вероятность того, что заболевание имеется, если результаты теста положительны (PV+), и вероятность того, что заболевания нет, если результаты теста отрицательны (PV-).

Прогностическая ценность положительного результата: если у объекта исследования результат теста положительный, какова вероятность того, что у объекта действительно есть заболевание?

Прогностическая ценность отрицательного результата: если у объекта исследования результат теста отрицательный, какова вероятность того, что у объекта действительно нет заболевания?

Оборотной стороной скрининга являются *ложноположительные* результаты – люди, у которых результаты теста положительные, хотя у них заболевания нет, и *ложноотрицательные* – люди, у которых результаты теста отрицательные, хотя в действительности у них есть заболевание.

Люди с ложноположительными результатами могут испытать сильное беспокойство, и их могут подвергнуть дополнительным диагностическим тестам, которые могут быть дорогостоящими и болезненными и могут сами по себе быть связаны с заболеваемостью и смертностью. Другую проблему могут представлять люди с ложноотрицательными результатами, которых заверят, что у них нет заболевания, когда в действительности оно у них есть.

Даже если тест точно и эффективно выявляет людей с заболеванием на доклинической стадии, его эффективность в конечном итоге определяется его способностью сократить заболеваемость и смертность вследствие данного заболевания. Наиболее точным способом определения эффективности теста является разница в показателях смертности от конкретной причины между теми, кому диагноз поставили по итогам скрининга, и теми, чей диагноз был поставлен на основе симптомов.



Контрольные вопросы

1. Дайте определение профилактике, виды и их медико-социальное значение.
2. Дайте определение «первичная, вторичная и третичная профилактика».
3. Что такое «скрининг»?
4. Дайте определение «укрепление здоровья» по ВОЗ.
5. Перечислите, что включает новая стратегия ВОЗ по укреплению здоровья.



Ситуационные задачи

Задача № 1. Подросток 16 лет, обратился в больницу, с жалобами на головную боль, бессонницу, недомогание, общую слабость, за последние 2 месяца наблюдается прибавление в весе на 4 кг. В результате опроса врача выяснилось, что больной готовится к сдаче ЕНТ и занимается больше 16 часов в день, не соблюдает режим питания, переедает. Врач поставил диагноз: психоэмоциональный стресс.

Вопрос:

1а-Какие рекомендации наиболее оптимальны для подростка?

Задача № 2. В городской поликлинике при прохождении скринингового осмотра у мужчины 45 лет выявлено увеличение уровня глюкозы в крови 10 ммоль/л, уровень холестерина составляет 5,3 ммоль/л. Из анамнеза выявлено, больной ведет малоподвижный образ жизни, часто употребляет фастфуд, не соблюдает режим питания, за последние 2 месяца набрал в весе 3,5 кг.

Вопрос:

2а-Какие рекомендации наиболее оптимальны для данного пациента?



Тестовые вопросы

1. Какое действие является основой профилактической деятельности?

- А. Изучение факторов риска
- В. Проведение скрининга
- С. Измерение артериального давления
- Д. Лечение социально-значимых заболеваний
- Е. Изменение образа жизни

2. Метод медико-санитарного обслуживания населения, включающий необходимый комплекс оздоровительных социально-гигиенических мероприятий - это:

- А. Диспансеризация
- В. Санация полости рта
- С. Профилактика
- Д. Лечение
- Е. Диагностика

3. Основным направлением первичной профилактики заболеваний является комплекс мер, направленных:

- А. на предупреждение их возникновения
- В. на предупреждение осложнений возникшего заболевания
- С. на восстановление анатомической и целостности поврежденных органов
- Д. на восстановление функциональной целостности поврежденных органов
- Е. предупреждение возникновения инвалидности



4. Вторичная профилактика заболеваний направлена на:

- A. Выявление факторов риска развития заболеваний.
- B. Предупреждение развития осложнений и обострений имеющегося заболевания
- C. Проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.
- D. Выявление заболеваний на ранних стадиях.
- E. Повышение материального благосостояния.

5. Основной фигурой в системе профилактики являются:

- A. Спортсмены
- B. Специалисты службы охраны общественного здоровья
- C. Врачи общей практики
- D. Врачи психоневрологического диспансера
- E. Фельдшеры скорой медицинской помощи

ГЛАВА 7

ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Глобальная урбанизация, плохая экология, развитие технического прогресса, который способствует меньшей активности человека, угрозы техногенного характера и множество других негативных факторов с каждым днем все больше вредят организму человека.

Любое государство имеет своей целью сохранение и защиту здоровья своих граждан. Государство проводит стимулирующие и запрещающие меры, в том числе на финансовом и законодательном уровне. К таким примерам можно отнести запрет на производство и использование наркотических веществ (исключая медицинские цели), их употребление и распространение, которые караются уголовной ответственностью, запрет на распространение рекламы на табачные изделия и спиртные напитки, ограничение их продаж в определенных местах, возрастные ограничения на их приобретение, повышение акцизов, стимулирование пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ) в средствах массовой информации, введение образовательные программы специальных курсов, направленных на пропаганду ЗОЖ.

Целью данной главы является ознакомление студентов с основами формирования здорового образа жизни населения.

Задачи:

- Дать определение понятию и структуре образа жизни.
- Описать элементы и термины образа жизни.
- Характеризовать факторы, формирующие образ жизни.
- Описать основные факторы риска образа жизни и их медико-социальное значение.
- Дать определение цели и задачам пропаганды здорового образа жизни
- Определение и цели санитарного просвещения.
- Описать направления санитарного просвещения.
- Дать характеристику методам и средствам пропаганды, используемые в гигиеническом воспитании населения.

После изучения этой главы, студент должен уметь:

- Правильно дать определение понятию и структуре образа жизни.
- Четко описать элементы и термины образа жизни.
- Корректно охарактеризовать факторы, формирующие образ жизни.
- Дать четкое описание основным факторам риска образа жизни и их медико-социальным значениям.
- Правильно определить цели и задачи пропаганды здорового образа

жизни.

- Свободно дать определение понятию и цели санитарного просвещения.
- Описать направления санитарного просвещения.
- Корректно дать характеристику методам и средствам пропаганды, используемые в гигиеническом воспитании населения.

Необходимые материалы и оборудования для проведения занятия:

- Электронное учебное пособие по предмету «Общественное здоровье и управление здравоохранением».
- Компьютер или ноутбук с установленным мультимедийным компонентом по данному учебному пособию.
- Презентационные материалы данной главе.
- Аудиовизуальные материалы (слайды, плакаты, стенды, колонки).
- Проектор.
- Аудитория, приспособленная для размещения студентов и работы на компьютерах.

Рекомендуемые методы преподавания:

- Работа в малых группах.
- Мозговой штурм.
- Круглые столы, дискуссии и обратная связь.

Содержание темы



Образ жизни – определённый, исторически обусловленный тип, вид жизнедеятельности или определённый способ деятельности в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизнедеятельности людей.

В структуру образа жизни входят:

1. Трудовая деятельность, условия труда, профессиональная и социальная активность работающих.
2. Хозяйственно-бытовая деятельность, вид жилища, жилая площадь бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.
3. Рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой.
4. Социализаторская деятельность в семье (уход за детьми).
5. Планирование семьи и взаимоотношения членов семьи.
6. Медико-социальная активность (отношение к здоровью, медицине, установка на здоровый образ жизни).

Элементы образа жизни группируются по разным критериям:

1. По характеру активности:
 - физическая активность;

- интеллектуальная активность.

2. По сферам активности:

- трудовая активность;
- вне трудовая активность.

3. По виду активности:

- производственная активность;
- социальная активность;
- культурная (образовательная деятельность) активность;
- деятельность в быту;
- медицинская активность;
- другие виды (формы активности).

Некоторые термины образа жизни

К показателям производственно-трудовой деятельности относятся: степень удовлетворённости, уровень профессионального мастерства, занимаемая должность, отношения в коллективе, инициативность и т.д.



Показателями деятельности в быту являются: жилищно-бытовые условия, наличие бытовой техники, время, затрачиваемое на домашние обязанности, отношения между супругами, число детей и т.д.

Медицинская активность – это активность в области охраны здоровья. Она зависит от общего уровня развития, образования, психологической установки, доступности медицинской помощи, условий жизни и т.д.

К показателям медицинской активности относятся: санитарная грамотность, гигиенические привычки, обращаемость за медицинской помощью, отношение к медосмотрам, выполнение медицинских рекомендаций, рациональность питания, физическая активность, отсутствие вредных привычек, своевременность обращений за медицинской помощью.

Условия жизни– условия, определяющие образ жизни. Они могут быть материальными и нематериальными (труд, быт, семейные отношения, образование, питание и т.д.).

Уровень жизни(уровень благосостояния) характеризует размер и структуру потребностей. Это количественные показатели условий жизни. Уровень жизни определяется размером валового продукта, национальным доходом, реальными доходами населения, обеспеченностью жильём, медицинской помощью, показателями здоровья населения.

Уклад жизни– порядок, регламент труда, быта, общественной жизни, в рамках которых проходит жизнедеятельность людей.

Стиль жизни– индивидуальные особенности поведения в повседневной жизни.

Качество жизни – качество тех условий, в которых осуществляется повседневная жизнедеятельность людей (качество жилищных условий, питания, образования, медицинской помощи).

Одним из главных факторов, влияющих на состояние здоровья населения, является образ жизни.



Здоровый образ жизни – это образ жизни, объединяющий все, что способствует выполнению индивидуумом тех или иных общественных и бытовых функций в наиболее оптимальных для организма условиях; включает в себя рационально организованный, физиологически оптимальный труд, нравственно-гигиеническое воспитание, выполнение правил и требований рационального питания, психогигиены и личной гигиены, активный двигательный режим и систематические занятия физической культурой, продуманную организацию досуга, отказ от вредных привычек и т.д.

Как известно, здоровье населения обусловлено в 50% и более условиями и образом жизни, в 18—22% — состоянием окружающей среды, в 20% — генетическими факторами и лишь в 8-10% — состоянием здравоохранения.

Таким образом, ведущую роль в формировании здоровья населения играет образ жизни.

К факторам, формирующим здоровье населения относятся:

- 1) Питание.
- 2) Двигательная активность.
- 3) Половое воспитание.
- 4) Природные факторы экологии человека.

Одним из важнейших критериев здорового образа жизни является медицинская (профилактическая) активность, которая складывается из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, выполнения медицинских рекомендаций, посещения медицинских учреждений; осмотров, диспансеризации. Это степень реализации медицинских знаний в повседневной жизни человека. Профилактическая активность — это комплексный показатель, при оценке которого учитывается наличие или отсутствие вредных для здоровья привычек: курения, употребления алкоголя, гиподинамии, соблюдения режима труда, отдыха, питания, правил техники безопасности, раннее обращение к врачу с профилактической целью, выполнение медицинских предписаний и назначений.

Таким образом, в современных условиях снижение заболеваемости, смертности, улучшение здоровья в значительно большей степени зависят от изменений образа жизни, условий жизни, окружающей среды, чем от специфических медицинских функций (лечение, медицинская профилактика, медицинская реабилитация).



Цель пропаганды здорового образа жизни — формирование гигиенического поведения населения, базирующегося на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направ-

ленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Для реализации этой цели должны быть решены следующие задачи:

- обеспечение необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;
- стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;
- вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;
- организация всенародного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах.

Повышение уровня санитарной культуры населения, проведение мероприятий, способствующих сохранению и укреплению здоровья, должны основываться на следующих принципах:

- научность (пропаганда тех сведений и положений, которые являются научным знанием, прочно установленным и утвержденным в науке);
- правдивость и объективность;
- дифференцированность и целенаправленность;
- массовость;
- систематичность и последовательность;
- комплексность (т.е. пропаганда здорового образа жизни должна вестись не только медиками, но и психологами, социологами и др.);
- связь с жизнью общества, профилльность.

Важнейшими направлениями воспитания санитарно-гигиенических навыков, пропаганды санитарно-гигиенических медицинских знаний, формирования здорового образа жизни можно считать следующие:

1. Пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья: гигиена труда, рациональное питание, гигиена отдыха, оптимальный двигательный режим, физкультура и спорт, гигиена супружеских отношений, закаливание, личная гигиена, медико-социальная активность, психогигиена, гигиена окружающей среды.

2. Пропаганда профилактики факторов, пагубно влияющих на здоровье: злоупотребление спиртными напитками, наркотиками; курение; соблюдение некоторых этнических обрядов и привычек, религиозно-культурные

отправления.

Определение санитарного просвещения.

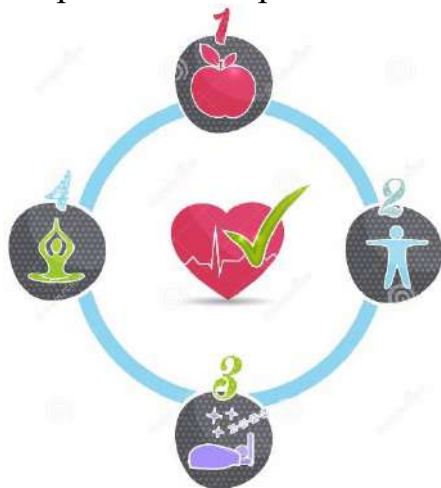
Санитарное просвещение является ядром стратегии укрепления здоровья.

Санитарное просвещение – это система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на распространение среди населения знаний и навыков, необходимых для охраны и укрепления здоровья, предупреждения болезней, сохранения активного долголетия, высокой работоспособности, воспитания здоровой смены.

Конечная цель санитарного просвещения универсальна: улучшить качество жизни, предупредить преждевременную смертность, болезни, потерю трудоспособности.

Промежуточная цель: сформировать здоровый образ жизни или (в социально-психологических терминах) стиль жизни, т.е. поведение, способствующее сохранению и укреплению здоровья.

Ближайшая и специфическая цель: применить обучающие стратегии для облегчения индивидуальных и коллективных действий, ведущих к сохранению здоровья.



Выделяется **несколько направлений санитарного просвещения:**

1) Информационное направление (ещё его называют пропагандой здорового образа жизни). Его задачей являются: обеспечение высокого качества доступной и легко понимаемой для любого нуждающегося в ней информации в области здоровья; распределение медицинских и гигиенических знаний всеми средствами, в первую очередь, средствами массовой информации.

2) Второе направление: обозначаемое как образовательное, является не менее важным, и включает разработку и реализацию программ гигиенического воспитания и обучения для разных групп населения.

3) Третье направление: координация деятельности различных общественных групп и структур, усилия которых направлены на поддержку политики укрепления здоровья и постановку проблем здоровья на повестку дня политиков и других лиц, принимающих решение в их поддержку в процессе выработки ими решений, способствующих сохранению здоровья.

4) Четвертое направление: непосредственное участие специалистов по санитарному просвещению в разработке и реализации индивидуальных или групповых потребительских программ оздоровительной или профилактической направленности, технологий оценки уровня

индивидуального здоровья и его коррекции, методов прогностического скрининга и т.д.

Методы и средства пропаганды, используемые в гигиеническом воспитании населения.

Гигиеническое воспитание населения должно быть направлено на устранение в поведении человека вредных, неблагоприятных факторов образа жизни и поддержание благоприятных для здоровья личности характеристик образа жизни.

Вся культурно-просветительная работа, включая и гигиеническое воспитание, проводится многочисленными способами, совокупность которых объединена понятием *«методы и средства пропаганды»*, или *«методы и формы пропаганды»*.

Под словом «методы» в данном случае понимают три основных способа ведения пропаганды, т.е. устный, печатный, изобразительный (наглядный) и их комбинации.

Термин «средства» или «формы» объединяет всю совокупность конкретных приемов ведения работы.



Метод печатной пропаганды.

Средства печатной пропаганды очень разнообразны. Более доступные и часто используемые в практике гигиенического воспитания:

1. Лозунг – призыв, обращение к населению с краткой рекомендацией по охране здоровья или требованием (например, «Не кури», «Соблюдайте чистоту»).

2. Листовка – агитационно-информационный текст, чаще всего оповещающий о каком-либо медицинском мероприятии (например, о профилактических осмотрах, прививках), о времени и месте проведения, о его пользе.

3. Памятка – малообъемное печатное средство массовой пропаганды.

Содержит конкретные советы для отдельных групп здоровых и больных людей (страдающих теми или иными заболеваниями).

4. Брошюра – малоформатное текстовое издание, в популярной форме освещающее различные вопросы охраны и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

5. Буклет – вид иллюстрированного издания: текст и иллюстрации располагаются на одном листе, сложенном по вертикальным или горизонтальным сгибам, читать можно не разрезая, раскрыв, как ширму. Используется для пропаганды отдельных частных вопросов охраны и укрепления здоровья.

6. Бюллетень – санитарно-просветительная стенная газета, включающая элементы наглядной агитации.

7. Календари – настенное или настольное печатное издание, адресованное определенным группам населения. В них печатаются справочно-информационные материалы на медико-информационные, медико-гигиенические и др. темы.

8. Ящик вопросов и доска ответов – средства, специфические для лечебно-профилактических учреждений.

9. Санитарно-просветительная стенная газета - традиционное и при хорошей постановке дела эффективное средство санитарной пропаганды.



Контрольные вопросы

1. Что такое образ жизни?
2. Что входят в структуру образа жизни?
3. По каким критериям группируются элементы образа жизни?
4. Дайте определение некоторым терминам образа жизни.
5. Что относится к факторам, формирующим здоровье населения?
6. Опишите основные факторы риска образа жизни и их медико-социальное значение.
7. В чем заключается цель пропаганды здорового образа жизни?
8. Перечислите задачи для реализации цели пропаганды здорового образа жизни.
9. Что такое санитарное просвещение?
10. Опишите цели санитарного просвещения.



Ситуационные задачи

Задача №1. Большинству больных, находящихся в клинике по поводу критической ишемии нижних конечностей, обусловленной выраженным их атеросклеротическим поражением, показано оперативное лечение – шунтирующая операция по восстановлению кровотока в артериальном русле. Однако примерно половине больных лечение ограничивают консервативным методом, так как предпочтение отдают молодым платежеспособным больным, которые будут в дальнейшем соблюдать предписанный режим, откажутся от курения, будут в состоянии приобретать дорогостоящие антиагрегантные препараты, т.е. оправдают затраты государства, на деньги которого приобретаются дорогие протезы.

Вопрос:

1а- Чем определяется такой подход?

Задача №2. Мужчина 45 лет обратился в поликлинику по месту жительства к терапевту с просьбой в оказании помощи в отказе от курения. Курит в течение 26 лет по 20-30 сигарет в день.

Вопрос:

2а- В какое ЛПУ необходимо направить данного пациента? Какие инструментальные методы диагностики необходимо провести данному

мужчине? При помощи каких методов можно провести определение степени никотиновой зависимости? Врач какой специальности будет заниматься с данным пациентом? Возможно ли посещение данным пациентом школы здоровья?



Тестовые вопросы

1. Наиболее важным слагаемым здорового образа жизни является:

- A. двигательный режим;
- B. рациональное питание;
- C. личная и общественная гигиена;
- D. закаливание организма.

2. Умственную работу следует прерывать физкультурными паузами через каждые:

- A. 25 – 30 мин;
- B. 40 – 45 мин;
- C. 55 – 60 мин;
- D. 70 – 75 мин.

3. Какие элементы включает в себя здоровый образ жизни:

- A. активный отдых; закаливание организма; раздельное питание; гигиена труда; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений;
- B. двигательный режим; закаливание организма; рациональное питание; гигиена труда и отдыха; личная и общественная гигиена; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений;
- C. двигательный режим; молочное питание; гигиена труда и отдыха; личная и общественная гигиена; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений;
- D. двигательный режим; закаливание организма; вегетарианское питание; гигиена тела; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений

4. Укажите последовательно, от каких факторов, прежде всего, зависит здоровье человека: 1) деятельность учреждений здравоохранения; 2) наследственности; 3) состояние окружающей среды; 4) условия и образ жизни.

- A. 1, 2, 3, 4;
- B. 2, 4, 1, 3;
- C. 4, 3, 2, 1;
- D. 3, 1, 4, 2.

5. Работа мышц благотворно действует, прежде всего:

- A. в целом на весь организм;
- B. преимущественно на суставы;
- C. на соединительно-тканые структуры опорно-двигательного аппарата;
- D. преимущественно на нервные «стволы», иннервирующие мышцы.

ГЛАВА 8 ОСНОВЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Сегодня в мире происходит процесс перехода от медицины «импрессионистской», основанной на мнении и впечатлении к медицине, основанной на доказательствах – «доказательной медицине».

Доказательная медицина не является новой наукой, а представляет собой новую технологию сбора, анализа и интерпретации научной информации. Принципы доказательной медицины используются, прежде всего, в клинической практике, однако они применимы к любой области медицинской науки, включая профилактическую медицину, общественное здоровье, организацию здравоохранения. Однако при этом следует учитывать, что не все принципы доказательной медицины могут быть применимы в областях, не связанных с клинической практикой.

Целью данной главы является ознакомление студентов с основами доказательной медицины.

Задачи:

- Дать определение понятию доказательной медицины.
- Описать основные причины широкого распространения доказательной медицины.
- Дать определение понятию эпидемиологическим исследованиям.
- Описать значения и виды описательных методов исследования.
- Описать значения и виды аналитических методов исследования.
- Описать клинические испытания.
- Определить классы рекомендаций и уровни доказательств.

После изучения этой главы, студент должен уметь:

- Четко определить понятие доказательной медицины.
- Дать описание основным причинам широкого распространения доказательной медицины.
- Охарактеризовать эпидемиологические исследования.
- Корректно дать определение описательным методам исследования и их видам.
- Корректно дать определение аналитическим методам исследования и их видам.
- Четко описать значения клинических испытаний.
- Точно определить классы рекомендаций и уровни доказательств.

Необходимые материалы и оборудования для проведения занятия:

- Электронное учебное пособие по предмету «Общественное здоровье и управление здравоохранением».



- Компьютер или ноутбук с установленным мультимедийным компонентом по данному учебному пособию.
- Презентационные материалы данной главе.
- Аудиовизуальные материалы (слайды, плакаты, стенды, колонки).
- Проектор.
- Аудитория, приспособленная для размещения студентов и работы на компьютерах.

Рекомендуемые методы преподавания:

- Работа в малых группах.
- Мозговой штурм.
- Круглые столы, дискуссии и обратная связь.

Содержание темы



Доказательная медицина (ДМ) – это использование результатов лучших клинических исследований для выбора лечения конкретного пациента, это интеграция лучших научных доказательств с клиническим опытом и ожиданиями пациентов.

Методология ДМ позволяет систематизировать медицинскую информацию наиболее качественным образом и предоставлять врачу в уже в удобной и, самое важное, достоверной форме. Необходимость ДМ также диктуется и требованиями к здравоохранению, особенно в плане эффективности и безопасности. Еще до сих пор используются устаревшие, не всегда эффективные и даже небезопасные медицинские методы, твердо вошедшие в сознание и практику медицинских работников.

Доказательная медицина - предполагает поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах больных. Это новый подход или технология сбора, анализа, обобщения и интерпретации научной информации. Применение доказательной медицины означает интеграцию индивидуального клинического опыта с лучшими возможными клиническими доказательствами систематических исследований.

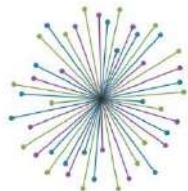
В эпоху научно-технического прогресса, требования к медработникам увеличились, от них ожидают гораздо большего. Диагностика и лечение становятся более сложными, так как врач должен учитывать не только эффективность и безопасность, но также экономичность, целесообразность, культурную приемлемость медицинских вмешательств. Сегодня в мире наблюдаются тенденции, которые подтверждают необходимость развития области доказательной медицины:



- большое количество проводимых биомедицинских исследований;
- широкий спектр лекарственных средств (ЛС) на фармацевтических рынках;
- увеличение потока медицинской информации (издается около 40 000 биомедицинских журналов, публикующих примерно 2 млн. статей ежегодно);
- остро стоит проблема рационального расходования средств в системе здравоохранения;
- многообразие вариантов в деятельности индивидуальных медицинских работников и лечебно-профилактических учреждений.

Именно поэтому возникла необходимость критически оценивать информацию и выбирать системные подходы для принятия решений (лечебных, диагностических, управленческих и др.). А это возможно только на основе обобщения биомедицинских знаний и широкого информирования медицинской общественности о результатах новейших исследований.

Доказательная медицина не ограничивается только рандомизированными исследованиями, систематическими обзорами и метаанализом. Она включает наилучшие клинические доказательства, при помощи которых мы отвечаем на клинические вопросы.



Согласно Гордону Гайату, 2003 г. для правильной практики доказательной медицины следует помнить о трех важных вещах:

1) для принятия клинического решения только научных доказательств недостаточно. Например, если у вас 90-летний пациент, страдающий деменцией, без семьи, диагностированный пневмококковой пневмонией, при которой антибиотики очень эффективны, вы задумаетесь: стоит ли назначать данному пациенту антибиотики, хотя их эффективность научно обоснованна;

2) достоверность сведений, полученных в ходе разных исследований, различна. Доказательства имеют разную степень или градацию доказательности. Во-первых, сами исследования имеют ограничения в плане достоверности и надежности; во-вторых, редкие вмешательства эффективны абсолютно для всех пациентов;

3) при выполнении исследований не исключены систематическая или случайная ошибки или вмешательство неучтенного фактора. Следует также помнить и об обобщаемости результатов исследований, так как, например определенное вмешательство может быть эффективно для пациентов с конкретными характеристиками (возраст, раса, социальное положение) и совсем неэффективно для немного отличной популяции.

Таким образом, информация, основанная на ДМ позволяет усовершенствовать работу врача в отношении следующих аспектов:

- описания заболевания (этиология, распространенность, клиническая картина и т.д.);
- разработки алгоритма диагностических процедур (программа обследования, показания и противопоказания к назначению диагностических манипуляций);
- лечения (тактика, описание конкретных лекарств и лечебных мероприятий, критерии эффективности и прекращения лечения);
- осложнений, прогноза, показаний к госпитализации, диспансерному наблюдению и др.

Виды эпидемиологических исследований

Проведение эпидемиологических исследований это практически постановка диагноза на популяционном уровне. Их значение не ограничивается изучением распространенности заболеваний и их осложнений, а позволяет выявлять факторы, способствующие возникновению и прогрессированию заболеваний, оценивать количественный вклад этих факторов риска в развитие заболеваний и их дальнейшее течение, стратифицировать популяцию по степени риска и определять прогноз, мониторировать уровень факторов риска и оценивать эффективность профилактических программ, не дожидаясь изменений заболеваемости или смертности (конечных точек), планировать клинические исследования, формулировать и проверять гипотезы. Именно во многом благодаря эпидемиологическим исследованиям, было показано значение дислипидемии, артериальной гипертензии, курения и сахарного диабета в развитии среди населения эпидемии атеросклероза и связанных с ним заболеваний, были выполнены клинические исследования и разработаны рекомендации по лечению и профилактике этих заболеваний, как на популяционном, так и индивидуальном уровнях.

Описательные методы исследования

Описательные исследования важны для выявления проблем и подтверждения гипотез, но они не позволяют устанавливать действительные связи, так как не проводится тщательного систематического сравнения групп.

Виды описательных исследований.

А. Сообщение случая (Case Report) и серия случаев (Case Series) -это детальное описание случая необычного заболевания или необычных симптомов, которое позволяет предположить определенную гипотезу



В. Серия случаев – это описание характеристики группы субъектов, которые все страдают определенным состоянием или заболеванием. Общие признаки у субъектов группы могут дать предположение гипотезе о причине заболевания. Количество случаев может варьировать от нескольких случаев



до тысячи и более. Однако главная особенность, которая является и ограничением данного исследования – это отсутствие группы сравнения. Такое исследование дает возможность зародиться гипотезе, которую в дальнейшем следует доказать с помощью аналитического исследования.



С. Поперечные (одномоментные, кросс-секционные) исследования. Поперечные исследования, или еще их называют одномоментными или исследованиями по распространенности относятся к одним из самых выполнимых и популярных видов исследования.

Д. Корреляционные исследования. В корреляционных исследованиях по общим данным всей популяции сопоставляется частота возникновения заболевания со степенью возможного фактора риска, которому подвержена эта популяция.

Для таких исследований, данные обычно легко доступны, следовательно, их можно получить быстро и недорого; эти исследования хорошо подходят для выдвижения гипотез; коэффициент корреляции предоставляет способ количественного измерения связи/зависимости. Основным ограничением корреляционного исследования является невозможность установить, что наличие фактора риска действительно связано с заболеванием. Коэффициент корреляции или величина “ r ” предоставляет способ определения связи между фактором риска и заболеванием. Значение коэффициента корреляции (r) $+1$ означает линейную положительную корреляцию, т.е. при увеличении одного показателя, повышается и другой. $r = -1$ означает линейную отрицательную корреляцию, т.е. при увеличении одного показателя, другой снижается. $r = 0$ - корреляция между двумя показателями отсутствует. Промежуточное значение r означает степень связи.

Аналитические методы исследования

Аналитические методы исследования исследуют связь между факторами риска и заболеванием. В этих методах исследования собираются группы субъектов и сравнивают их между собой для того, чтобы систематически ответить на вопрос: есть ли ассоциация между предполагаемой причиной и следствием?

А. Когортные исследования. В когортном исследовании объекты группируют, по определенным характеристикам или факторам риска, а затем устанавливают - развилось ли у них впоследствии изучаемое заболевание.

Когорта произошла от латинского слова «cohors», что означает одна десятая дивизии Римского легиона. В эпидемиологии, термин “когорта” (cohort) означает группу лиц, изначально объединенных каким-либо общим признаком и наблюдаемых в течение определенного периода времени. Если нужно получить достоверную информацию о риске, то, независимо от



способа формирования когорты, наблюдают за ней с соблюдением двух условий.

Во-первых, срок наблюдения должен превышать продолжительность естественного течения изучаемого заболевания. Это необходимо для того чтобы дать риску возможность проявиться.



Во-вторых, все лица, включенные в когорту, должны наблюдаться в течение всего назначенного периода. Выбывание людей из исследования и причины этого влияют на результат: информация, полученная на неполной когорте, может исказить истинное положение вещей.

В. Исследования случай-контроль. В исследовании методом случай-контроль объекты исследования выбирают, исходя из наличия у них изучаемого заболевания, а затем устанавливают, были ли они подвержены факторам риска ранее и в какой мере.

Принципиальный план исследования «случай контроль» заключается в том, что сначала на основании выборки популяции отбирают две аналогичные (по параметрам и признакам) группы пациентов, но одну с заболеванием (случай), а другую (контроль) - без изучаемого заболевания. Затем исследователи ретроспективно определяют частоту воздействия изучаемого фактора в обеих группах. Полученные данные позволяют рассчитать соотношения шансов наличия фактора риска для развития заболевания, что эквивалентно показателю относительного риска.

Клинические испытания.

Эксперимент является самым надежным способом испытания правильности гипотезы о действенности вмешательства.

Экспериментальные испытания называют контролируемыми, если в них есть контрольная группа, не получающая изучаемое вмешательство. Испытания с включением контрольной группы более надежны, чем без нее. Различают так называемые квази-экспериментальные группы, где исследователь не может рандомизированно распределить вмешательство между участниками исследования. Рандомизированными называются те испытания, в которых вмешательство между участниками распределено случайно.

Классы рекомендаций.

Класс I. Доказательства и/или общее согласие, что данные методы диагностики/лечения – благоприятные, полезные и эффективные.

Класс II. Доказательства противоречивы и/или противоположные мнения относительно полезности/эффективности лечения.

Класс II-а. Большинство доказательств/мнений в пользу полезности/эффективности.



Класс II-б. Полезность/эффективность не имеют достаточных доказательств/ определенного мнения.

Класс III. Доказательства и/или общее согласие свидетельствует о том, что лечение не является полезным/эффективным и, в некоторых случаях, может быть вредным.

Уровни доказательств.

Уровень А. Доказательства основаны на данных многих рандомизированных клинических исследований или мета-анализов.

Уровень Б. Доказательства основаны на данных одного рандомизированного клинического исследования или многих нерандомизированных исследований.

Уровень С. Согласованные мнения экспертов и/или немногочисленные исследования, ретроспективные исследования, регистры.

Самый высокий уровень рекомендаций – I, А.



Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию доказательной медицины
2. В чем заключается широкое распространение доказательной медицины?
3. Что позволяет систематизировать методология ДМ?
4. В отношении каких аспектов ДМ позволяет усовершенствовать работу врача?
5. Опишите три важных понятий согласно Гордону Гайату для правильной практики доказательной медицины.
6. Дайте определение описательным методам исследования.
7. Перечислите виды описательных методов исследования.
8. Что такое сообщение случая и серия случаев?
9. Что такое поперечное и корреляционное исследования?
10. Дайте определение аналитическим методам исследования.
11. Перечислите виды аналитических методов исследования
12. Что такое когортное исследования и исследования случай-контроль?
13. Что такое клинические испытания?
14. Характеризуйте классы рекомендаций и уровни доказательств



Тестовые вопросы

1. Результаты небольших исследований, ретроспективные исследования, общее мнение экспертов соответствуют уровню доказательности

- A. А
- B. В
- C. С.
- D. А и С



2. Результаты нескольких рандомизированных исследований соответствуют уровню доказательности

- A. А
- B. В
- C. С
- D. В и С

3. Главным источником получения доказательных результатов являются базы данных:

- A. Кокрановская библиотека
- B. Medline, clinical
- C. Evidence
- D. всё вышеперечисленное

4. Вы не согласны с утверждением

- A. клинические рекомендации не могут быть основаны на результатах рандомизированных клинических исследований
- B. клинические рекомендации содержат четкие алгоритмы действия при определенном заболевании
- C. клинические рекомендации предоставляют врачу достаточную свободу в принятии решения
- D. согласен со всеми утверждениями

5. Частота заболеваемости некой болезнью в пять раз выше у женщин, чем у мужчин, но частота распространенности показывает никакой разницы в полах, правильное объяснение этому:

- A. уровень смертности от всех причин выше у женщин;
- B. частота причинной смертности для этой болезни выше у женщин;
- C. частота причинной смертности для этой болезни ниже у женщин;
- D. продолжительность этой болезни короче у мужчин;
- E. факторы риска развития болезни более распространены среди женщин.

6. Частота смертности из-за болезни X в городе А составляет 75/100,000 людей в возрасте от 65 до 69 лет. частота смертности этой же болезни в городе Б составляет 150/100,000 людей в возрасте от 65 до 69 лет. можно сделать вывод что болезнь X в два раза превышает у людей в возрасте от 65 до 69 лет в городе Б чем этот показатель у людей в возрасте от 65 до 69 лет в городе А:

- A. правильно;
- B. неправильно, из-за отсутствия определения между распространенности и смертности;
- C. неправильно, из-за отсутствия поправки для разных возрастных групп;
- D. неправильно, из-за отсутствия определения между периодом и точкой распространения.

ГЛАВА 9 СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН

Введение

Практически во всех странах мира сегодня существуют системы здравоохранения. Это является главным достижением XX века.

Бедность, невысокий уровень общей и медицинской культуры, слабое развитие здравоохранения и другие негативные факторы приводят к неудовлетворительному состоянию здоровья — высокой общей смертности, особенно младенческой, детской, материнской большой распространенности инфекционных, в том числе эпидемических, паразитарных заболеваний, болезней питания, низкой средней продолжительности предстоящей жизни и другим явлениям. В развивающихся странах сохраняется так называемый эпидемический тип патологии. В развитых странах патология в основном неэпидемическая, относительно невысока общая и детская смертность, инфекционные, паразитарные болезни перестали быть ведущей проблемой здравоохранения, практически сведены к нулю материнская смертность, тяжелые болезни от недостаточности питания.

Цель: ознакомить студентов с разными системами здравоохранения зарубежных стран.

Задачи:

- Ознакомить системой здравоохранения Германии.
- Ознакомить системой здравоохранения Чешской Республики.
- Ознакомить системой здравоохранения Словацкой Республики.
- Ознакомить системой здравоохранения Республики Казахстан.
- Ознакомить системой здравоохранения Республики Узбекистан.

После изучения этой главы, студент должен знать:

- Систему здравоохранения Германии.
- Систему здравоохранения Чешской Республики.
- Систему здравоохранения Словацкой Республики.
- Систему здравоохранения Республики Казахстан.
- Систему здравоохранения Республики Узбекистан.

Необходимые материалы и оборудования для проведения занятия:

- Учебно-методический комплекс дисциплины.
- Визуальные материалы (слайды, плакаты, стенды).
- Мультимедийное оборудование: проектор, экран, интерактивная доска.
- Аудитория, приспособленная для размещения студентов и для работы ТСО.

Рекомендуемые методы преподавания (с описанием проведения метода):

- Обзорная, вводная лекция.
- Беседы, диалог, дискуссии.

Содержание темы

Многие жители большинства стран мира не имеют возможности пользоваться современной квалифицированной медицинской помощью. Правительства не в состоянии предоставить бесплатную медицинскую помощь всем, а значительная часть жителей не может купить медицинские услуги из-за бедности. В этих странах наряду с государственными секторами (учреждениями) здравоохранения имеются частные, внебюджетные медицинские учреждения, которыми пользуются состоятельные граждане

В большинстве экономически развитых стран расходы на здравоохранение растут быстрее остальных и составляют 7—14% внутреннего валового продукта. Подчас такую же долю составляют расходы и в развивающихся странах. В экономически менее развитых странах все основные показатели материально-технической базы здравоохранения также в десятки раз меньше, чем в развитых: в больницах 10—30 коек на 10000 населения против 60—120 в экономически развитых; на одного врача приходится 5000—50 000 населения против 500—1500 в развитых и т.п.

Государственная служба здравоохранения зарубежных стран

Германия. Страховая медицина развивается с 1883 г., с принятия соответствующих страховых законов («законов Бисмарка»). Медицинское страхование является частью общегосударственной системы социального страхования и обеспечивает медицинскую помощь при болезни, уходе, профилактике, несчастном случае, родовспоможении, лечение у врачей общей практики, специалистов, в амбулаториях, на дому, стационарах, стоматологическую помощь, обеспечение медикаментами и др. На медицинское страхование идет более 8% валового продукта (из 13% всех расходов на здравоохранение). Средства на медицинское страхование поступают из трех источников: 6,5% фонда оплаты труда платят застрахованные, столько же работодатели, остальные средства дотирует государство из бюджета. Финансирование здравоохранения, таким образом, обеспечивается на 60% и более за счет социального страхования, на 10% — из средств частного (добровольного) страхования, на 15% — государственными ассигнованиями и на 15% ^ личными средствами граждан. Таким образом, на одного человека из всех источников на здравоохранение тратится более 2000 долларов в год.

Все операции по страхованию здоровья осуществляют более 1200 страховых (больничных, как их называли) касс, объединенных в ассоциации, которые контролируют деятельность касс и расходование средств врачами. Традиционно сохраняется несколько видов (форм) касс: местные

(преимущественно для неработающих, членов семей застрахованных), расположенные по месту жительства; производственные (по месту работы); морские, горняцкие, сельскохозяйственные, эрзац кассы (главным образом для служащих).

Таким образом, страхованием охвачено более 90% населения. Состоятельные граждане обычно пользуются добровольным страхованием, хотя они могут быть застрахованными и системой социального, государственного страхования (таких примерно 3%).

Структура управления здравоохранением и организации медицинской помощи в Германии характерна для экономически развитых стран. Общенациональный контроль осуществляет Федеральное министерство здравоохранения и социальной помощи. В регионах («землях») имеются соответствующие министерства, их органы и учреждения. Муниципальные учреждения подведомственны местным органам власти, соответствующим советам, комитетам и т.п. Все медицинские учреждения работают на федеральном, региональном, местном административных уровнях. Медицинская администрация не распространяет свою юрисдикцию на страховые кассы и их ассоциации, хотя работает в тесном контакте с ними. Более того, помимо профсоюзов, врачебных ассоциаций, самих ассоциаций страховых касс, контроль над страховыми* организациями осуществляют министерства труда, науки, здравоохранения и др.

Чешская Республика. Основные особенности чешского здравоохранения таковы: социальное медицинское страхование (охватывает все население и финансируется из взносов граждан, работодателей и государства); многообразие форм обслуживания (амбулаторная помощь — в основном частная, а больницы государственные; в обоих случаях поставщики услуг заключают контракты со страховым фондом); совместное обсуждение финансовых вопросов основными заинтересованными сторонами. (Правительство следит за обсуждением и должно одобрить конечный результат; если заинтересованные стороны не в состоянии прийти к соглашению, оно может принять решение само).

Медицинская помощь в Чешской Республике оказывается главным образом на основе государственного медицинского страхования; сейчас существует девять страховых фондов. Крупнейший из них — ФВМС — имеет 77 филиалов.

Право на медицинское страхование имеют все постоянно проживающие в Чешской Республике, а также те, кто не живет постоянно, если их работодатель зарегистрировал свое предприятие в Чехии. Каждый страховой фонд обязан принимать любого клиента, удовлетворяющего критериям государственного медицинского страхования. Остальные могут заключить страховой контракт. Любой застрахованный может раз в год сменить страховой фонд. Те, кто не имеет права на государственное страхование,

могут оформить в ФВМС добровольную медицинскую страховку. Но она носит лишь дополнительный характер.

Процесс перехода от финансирования за счет налогов к системе медицинского страхования ускорило давление со стороны работников здравоохранения, которые ждали, что при страховой системе будут больше зарабатывать. Система обязательного медицинского страхования была введена 1 января 1993 г. Сейчас в нее входят девять страховых фондов. Система основана на принципах равенства и единства общества. Она финансируется страховыми взносами физических лиц, работодателей и государства (которое платит за безработных, пенсионеров, детей и иждивенцев до 26 лет, студентов, женщин в декретном отпуске, военнослужащих, заключенных и тех, кто получает социальные пособия — примерно за 56% населения). Государство является также гарантом страховой системы.

Страховые взносы взимаются как доля заработка (до вычета налогов): 4,5% платят работники и 9% работодатели (всего 13,5%). Верхний предел взноса примерно в шесть раз превышает уровень среднего по стране заработка. Благодаря этому система финансирования носит отчасти регрессивный характер. Работающие самостоятельно платят те же 13,5%, но лишь от 35% прибыли. Для них установлен также минимальный взнос с учетом уровня инфляции. За неработающих Министерство финансов отчисляет ежемесячно те же 13,5% от минимального месячного заработка, установленного государством;

Медицинская страховка полностью или частично покрывает следующие виды услуг: профилактические услуги (осмотры, вакцинации согласно рекомендованному календарю прививок и т. д.); диагностические процедуры; амбулаторное и стационарное лечение, в том числе реабилитация и уход за хроническими больными; обеспечение лекарственными средствами и медицинскими приспособлениями; перевозка больных; санаторно-курортное лечение по предписанию врача

Набор медицинских услуг в Чешской Республике весьма обширен и включает даже курортное лечение и безрецептурные лекарственные средства (если их прописал врач), что не оплачивается во многих других странах.

Из государственной системы здравоохранения исключены лишь отдельные виды услуг. Не оплачиваются косметическая хирургия, если нет медицинских показаний, и некоторые услуги по запросу клиента (главным образом различные медицинские освидетельствования). Отдельные услуги, включая некоторые виды стоматологической помощи (например, протезирование), частично оплачиваются потребителем. Протезы, очки и слуховые аппараты могут частично либо полностью оплачиваться государством

Словацкая Республика. Современная система здравоохранения Словакии базируется на государственном финансировании и реализуется через обязательное для граждан страны медицинское страхование.

Медицинское обслуживание контролируется Министерством здравоохранения Словакии и Бюро по надзору за здравоохранением.

Всего в Словакии пять страховых компаний, которые занимаются медицинским страхованием, две самые крупные из них являются государственными. Застрахованные могут в любой момент сменить страховую компанию, но между страховыми компаниями практически нет конкуренции.

Уплата страховых взносов является обязательством всех работающих граждан. Есть льготные категории граждан, за них страховые взносы уплачивает государство.

К ним относятся:

- безработные и ищущие работу;
- пенсионеры;
- инвалиды;
- временно нетрудоспособные по состоянию здоровья;
- военные запаса;
- женщины, находящиеся в отпуске по беременности и уходу за ребенком.

Работодатель обязан зарегистрировать каждого нового сотрудника в одной из страховых компаний. При этом для работника страховой взнос составляет 4 % от базового оклада, работодатель же уплачивает 10%.

Работающие инвалиды платят только 2,6%, остальное субсидирует государство. Индивидуальные предприниматели выплачивают полностью 14%. Минимальная зарплата, с которой вычитается страховой взнос, составляет 91 евро.

Страхование покрывает большинство медицинских услуг, таких как наблюдение специалистами, госпитализация и все виды операций, ведение беременности, наблюдение за новорожденными, реабилитация.

Большая часть медицинских услуг в Словакии предоставляется бесплатно. Доплата осуществляется за некоторые рецептурные лекарства, стоматологические услуги и медицинские аппараты. Необязательные медицинские процедуры, такие как косметическая хирургия, стерилизация, лечение за рубежом не покрываются страховкой.

На получение *бесплатных лекарственных препаратов* имеют право:

1. лица, страдающие хроническими заболеваниями;
2. беременные женщины;
3. ветераны войн.

Все лекарства делятся на три категории: бесплатные лекарства первой необходимости, частично субсидируемые, платные.

Условно всех врачей в Словакии можно разделить на четыре категории: взрослые врачи общего профиля (терапевты), детские врачи общего профиля (педиатры), акушеры-гинекологи, узкие специалисты.

Терапевты проводят базовый осмотр, ставят диагноз, осуществляют профилактическое лечение, выписывают рецепты, посещают на дому, оказывают экстренную помощь.

Пациенты сами выбирают себе доктора, сменить его можно один раз в полгода. Необходимо отметить, что врачи в Словакии по-прежнему охотно принимают взятки, однако это преследуется законом.

В Словакии в каждом поселке есть медицинский центр, а в каждом городе, по крайней мере, одна больница и несколько медицинских центров.

В медицинских центрах работают квалифицированные *узкие специалисты*. Здесь предоставляются такие услуги как: ведение беременности, стоматология, терапия, педиатрия, также здесь можно получить необходимую экстренную помощь и различные диагностические услуги.

В Словакии насчитывается всего 44 клиники. Крупные многопрофильные клиники находятся в больших городах: Братиславе, Кошице.

Прием больных осуществляется через отделение неотложной помощи или по направлению лечащего врача. В ситуациях, когда не требуется неотложная помощь, прием в больницу осуществляется по так называемому листу ожидания.

Неотложная помощь в Словакии бесплатна даже для тех, у кого нет медицинской страховки, и осуществляется она во всех больницах в любое время.

Стоматологическая помощь в Словакии не покрывается страховкой. Через государственную систему здравоохранения доступны лишь профилактические осмотры. Лечение, установка коронок и мостов осуществляется за плату.

Лекарства в аптеках продаются строго по рецепту врача. Антибиотики, к примеру, можно получить только по рецепту. Безрецептурные лекарства имеют более высокую цену.

Республика Казахстан. Система здравоохранения Казахстана выстроена по традиционному типу систем здравоохранения государств СНГ. Основным уполномоченным органом является Министерство здравоохранения, в 14 областях и 2 городах республиканского значения (гг. Астана и Алматы), функционируют Департаменты и управления здравоохранения. Финансирование осуществляется как из республиканского, так и из местного бюджета.

Лечебно-профилактическую помощь населению оказывают медицинские организации государственного и частного секторов, на

амбулаторном и стационарном уровне. 80% медицинских учреждений Казахстана находятся в государственной собственности.

В Казахстане работают около 50 000 врачей, 130 000 среднего медицинского персонала. Число объектов здравоохранения составляет около 800-900 больниц, 7000-8000 объектов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), число республиканских медицинских организаций, оказывающих высокоспециализированную помощь – около 100. Помимо этого, существует система университетов, колледжей, научно-исследовательских институтов. Таким образом, существует целая система, в которой каждый компонент дополняет друг друга.

Историю развития политики охраны здоровья и системы здравоохранения Казахстана можно группировать на несколько этапов.

1992-1994 годы. Несмотря на жесткую экономическую политику в стране финансирование осуществлялось на бюджетной основе. Правительство РК направила все свои силы на оптимизацию работы системы здравоохранения и сохранение ПМСП.

В 1992 году принят закон «Об охране здоровья народа в РК». В документе подтверждена государственная, бюджетная медицина, закрепляющая основы советской модели развития. Принято постановление Кабинета Министров РК №657 «О необходимых мерах по совершенствованию здравоохранения в условиях перехода к рынку (1993 г.). В этом же году принято постановление Кабинета Министров РК №1174 «Вопросы внедрения обязательного медицинского страхования». 1994 год ознаменовался принятием закона РК «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и закона РК «О профилактике заболевания СПИД», который не потерял значимость по сегодняшний день.

Следующий этап (*1995-1997 гг.*) характеризовался активным внедрением бюджетно-страховой модели здравоохранения. Принята новая Конституция РК, где ст. 29 гласит: п.1 «Граждане Казахстана имеют право на охрану здоровья», п.2 «Граждане Республики вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленным законом». Признано многоукладность в здравоохранении, смешанное финансирование и введение рыночных механизмов.

В этом же году принят Указ Президента РК, имеющий силу Закона «О медицинском страховании граждан (1995г.). Чрезвычайно важным является республиканское совещание медицинских работников (15.06.95) с участием Президента РК Н.А.Назарбаева, где были очерчены основные направления реформирования сектора здравоохранения.

Приняты Закон РК «О лекарственных средствах» и постановление Правительства РК «Об утверждении положения об условиях и порядке оказания платных медицинских услуг», что позволили либерализовать фармацевтический рынок и платную медицину.

В 1996 году было застраховано 13,2 млн. человек (из них, работающие – 4,9 млн. и не работающее – 8,3 млн.). ФОМС собрал около 50% платежей. Начал формироваться частный сектор. Практически завершилась приватизация аптечных организаций. В Казахстане реальностью стала бюджетно-страховая модель.

В мае месяце 1997 года был принят новый вариант Закона РК «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан». Утверждено Постановлением Правительства РК межотраслевая Государственная программа «Здоровье народа» (№81 от 17.01.97 г.). Вместе с тем, во внедряемой модели появились новые, прежде не выявленные проблемы. От местных исполнительных органов поступило всего 40%, от установленных правительством контрольных цифр, хотя основная часть обращений (до 74%) за медицинской помощью приходится на не работающее население. На этом фоне, с ухудшением социально-экономической ситуации в стране, ухудшились основные показатели здоровья населения, особенно по социально-значимым заболеваниям.

В октябре 1997 года была провозглашена долгосрочная стратегия развития «Казахстан-2030». В этом документе основной акцент развития здравоохранения и охраны здоровья в целом связывается с первичной профилактикой - формированием здорового образа жизни населения.

1998-1999 годы. Период возврата к бюджетной государственной политике, попытки создать систему программного финансирования государственного заказа, формирования органов управления, как «администраторов программ». Это был шаг Правительства РК на вызовы мирового экономического кризиса, что не могло не отразиться на показателях здоровья населения и деятельности системы здравоохранения.

В целом, внедрение обязательного медицинского страхования населения явилось важным шагом в реформировании социальной сферы, в том числе, здравоохранения. Однако накопившиеся проблемы: отсутствие единой политики между регионами и центральным исполнительным органом, отсутствием идеи дальнейшего развития медицинского страхования, не решенные вопросы социального развития общества, непрозрачность финансовых потоков, отсутствие гласности в работе с застрахованными, медицинскими работниками и СМИ резко ухудшили финансовую ситуацию Фонда ОМС. Постановлением Правительства РК (№1335 от 25.12.98 г.) Фонд ОМС трансформирован в Центр оплаты медицинских услуг, а бюджет формируется в виде государственного заказа на программы.

Таким образом, 1998 год, завершился отказом Казахстана от бюджетно-страховой модели. В 1999 году продолжалась работа по сохранению элементов внутреннего рынка (центр оплаты медицинских услуг), увеличению частного сектора, расширению платных услуг, реализации

социальных программ (туберкулез, иммунизация и др.), желание сохранить приоритетность ПМСП, усиление органов управления на местном уровне.

Однако, в 1999 году по сравнению с 1992 годом система здравоохранения сократила 50% коек, 30% кадрового потенциала, 25% учреждений ПМСП, на 100% фармацевтический сектор трансформировался в частный, 70% устаревший морально и технический парк медицинского оборудования и автотранспорта.

На последующем этапе (*2000-2004 годы*), по мере выхода страны из мирового кризиса, в системе здравоохранения усилилась работа по созданию и развитию нормативно-правовой базы отрасли, существенное усиление финансирования здравоохранения, началось строительство ряда новых современных клиник, улучшились материально-техническая база и оснащение медицинских организаций, внедрялись новые медицинские технологии в лечебно-диагностический процесс.

2005-2010 годы. Реализация Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы (утверждено Указом Главы государства РК от 13.09.2004 года), которая была обеспечена адекватными финансовыми ресурсами.

За период реализации Госпрограмма были достигнуты определенные результаты: принят Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»; установлены минимальные стандарты по ГОБМП; разработаны и реализуются отраслевые программы по снижению материнской и детской смертности в РК на 2008 - 2010 годы, развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007 - 2009 годы, «Здоровый образ жизни» на 2008 - 2016 годы; проведено реформирование службы ПМСП, действующей по принципу общей врачебной практики, проводятся профилактические осмотры детей, взрослого населения на предмет раннего выявления болезней системы кровообращения, скрининговые исследования женщин на предмет раннего выявления онкопатологии репродуктивной системы; внедрено бесплатное и льготное лекарственное обеспечение; проведена типизация и стандартизация сети государственных медицинских организаций, утвержден государственный норматив сети организаций здравоохранения; проведены мероприятия по укреплению материально-технической базы организаций здравоохранения; создана система независимой медицинской экспертизы; с 1 января 2010 года поэтапно внедряется ЕНСЗ; проведена консолидация бюджета на областном уровне, а с 2010 года - на республиканском уровне на оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи; осуществляется подготовка менеджеров здравоохранения; реализуется совместный со ВБ проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения РК»; внедрена

Единая система дистрибуции лекарственных средств; внедрялись информационные технологии в здравоохранение.

Анализируя ситуацию в здравоохранении, слабыми сторонами отрасли в целом, можно назвать следующие: неудовлетворительная материально-техническая база организаций здравоохранения, особенно сельских территорий; отсутствие солидарной ответственности государства, работодателя и граждан за охрану здоровья; отсутствие четкого механизма реализации прав граждан на лекарственное обеспечение; сильное различие в качестве медицинских услуг, предоставляемых в регионах и городах республиканского значения; недостаточное качество подготовки медицинских кадров; слабо развит институт подготовки менеджеров здравоохранения; дефицит кадров по отдельным направлениям узкой квалификации: кардиохирургия, нейрохирургия, трансплантология, травматология, по ряду других специальностей, а также в области менеджмента; низкая обеспеченность квалифицированными кадрами системы здравоохранения, особенно в сельских регионах; слабо развита система защиты прав пациента и медицинского работника; низкая доступность медицинских услуг в отдаленно расположенных населенных пунктах сельской местности, особенно для социально неблагополучных слоев населения; отсутствие в организациях здравоохранения специалистов по социальной работе.

2011-2015 годы. Указом Президента РК утверждена Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

При этом, результатом всех проводимых реформ ПМСП является: стимулирование профилактической направленности; расширение спектра и качества оказываемых услуг; стимулирование развития технологий; обеспечение рационального и эффективного использования средств; повышение мотивации медицинских работников; создание положительного имиджа врача и медсестры первичного уровня; развитие конкурентной среды в предоставлении первичной помощи.

Казахстанский фармацевтический рынок представлен 7000 лекарственных препаратов, зарегистрированными в стране. Отечественное производство лекарственных средств занимает 10-11% от общего фармацевтического рынка Казахстана. Также рынок медицинского оборудования все еще сильно зависит от импорта, доля которого составляет 90% общего объема рынка.

Республика Узбекистан. Узбекская система здравоохранения сформировалась на базе советской модели Семашко, и ее ядро по-прежнему составляет государственный сектор. Верхним звеном иерархии в системе здравоохранения, как с точки зрения регулирования, так и финансирования, является кабинет министров, который в своей деятельности подотчетен

президенту и парламенту. Кабинет министров разрабатывает стратегии и утверждает бюджет здравоохранения, а также осуществляет руководство различными государственными ведомствами, ответственными за реализацию политики здравоохранения в стране.

Лечебно-профилактические учреждения государственной системы здравоохранения оказывают гарантированную государством медицинскую помощь населению бесплатно. Все медицинские и иные услуги сверх установленной государством программы гарантий являются дополнительными и оплачиваются населением в установленном порядке (Республика Узбекистан, 1996). Лекарственное обеспечение во время стационарного лечения входит в программу государственных гарантий в случае, если само такое лечение входит в эту программу. Лекарства при амбулаторном лечении в программу государственных гарантий не входят, за исключением бесплатного лекарственного обеспечения 13 льготных категорий граждан, включая сирот, инвалидов 1-й и 2-й группы, детей и подростков в возрасте до 17 лет и одиноких пенсионеров, стоящих на учете в отделах социального обеспечения как нуждающиеся в социальной помощи (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1997).

В программу государственных гарантий Узбекистана входят следующие услуги первичной медико-санитарной помощи:

- лечение наиболее распространенных болезней и неотложных состояний;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний;
- проведение мер по охране семьи, материнства и детства.

Другой группой услуг, включенных в программу государственных гарантий, является экстренная помощь. Несмотря на наличие широкой сети государственной службы и станций скорой помощи, каждый гражданин по закону имеет право получить скорую и неотложную помощь у любого поставщика медицинских услуг, вне зависимости от формы собственности (Республика Узбекистан, 1996). Этот закон обязывает всех медицинских и фармацевтических работников оказывать скорую и неотложную помощь в случае необходимости; за неоказание такой помощи эти лица несут ответственность перед законом.

Медицинские услуги сверх программы государственных гарантий по ПМСП, экстренной помощи и помощи лицам, страдающим «социально значимыми и опасными заболеваниями», должны финансироваться из негосударственных источников, включая медицинское страхование, взносы работодателей, фонды общественных организаций и объединений и средства физических лиц, но не ограничиваясь вышеперечисленным. Для отдельных категорий граждан предусмотрена специальная дополнительная программа бесплатных услуг. Так, для девяти категорий граждан бесплатными являются услуги высокоспециализированной медицинской помощи, предоставляемые республиканскими специализированными центрами.

Этапы реформирования системы здравоохранения (1990-2011 годы).

1990-1998 годы – этап формирования основ развития национальной модели здравоохранения;

1998-2003 годы – этап реализации ранней Государственной программы по реформированию системы здравоохранения на основании Указа Президента Республики Узбекистан 10 ноября 1998 г. УП-2107 «О Государственной программе реформирования здравоохранения Узбекистана на период 1998-2005 гг.»;

2003-2007 годы - этап формирования специализированных центров в системе здравоохранения, реализация Указа Президента Республики Узбекистан УП-3214 от 26 февраля, 2003 года;

2007-2011 годы – этап реализации Государственной программы по углублению реформирования системы здравоохранения и ее развитие на основании Указа Президента Республики Узбекистан УП-3923 от 19-сентября 2007 года и Постановления Президента Республики Узбекистан ПП-700 от 2-октября 2007 года.

Основные направления дальнейшего углубления реформирования системы здравоохранения республики на основе Указа Президента Республики Узбекистан УП-1652 от 28 ноября 2011 г. Дальнейшее совершенствование нормативно-правовых основ здравоохранения.

Разработаны правовые проекты “О правах репродуктивного здоровье населения” и “О мероприятиях против распространения заболеваний возникающих вследствие вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)”;

Разработана Концепция “О развитии системы общественного здравоохранения”;

Разработаны законные проекты по изменению и корректировки нескольким законам Республики Узбекистан. Повышение уровня качества и удобства медико-санитарной помощи населению, особенно, в сельских местностях. Создание 102 СВП в отдаленных сельских населенных пунктах и улучшения медицинской помощи 450.0 тыс. населению;

Перейти городскому моделью семейной медицины в городах где, количество населения превышает 50 тыс. и завершение создание 156 семейных поликлиник к 2016 году;

Модернизация 100 районных медицинских объединений и оснащения медицинскими оборудованием на сумму 93.0 млн. долл. США в рамках проекта «Здоровье-3»;

Оснащение современными медицинскими оборудованием и аппаратами областные многопрофильные детские медицинские центры за счет кредитов и грантов банка КФВ в сумме 27 млн. евро и 5 взрослых медицинских центров за счет денег грантов правительство Германии и льготными кредитами в сумме 13 млн. евро. Основательно совершенствовать деятельность специализированных центров, в том числе, онкологические

учреждения и учреждения туберкулезных болезней. Поэтапное реализация самофинансирование Республиканских специализированных медицинских центров;

Оснащение центров Педиатрии и фтизиатрии и пульмонологии медицинскими оборудованьями в сумме 2,5 млн. Евро и 2,0 млн. долл. США;

2,5 млрд. сумов направляется для построения хирургического отделения в центре педиатрии и 12,8 млрд. сум для реконструкции отделения кардиохирургии в центре хирургии;

Для укрепления материально-технической базы и оснащения современными медицинскими оборудованьями Республиканских онкологических учреждений было выделено кредит Банка Исламского Развития в сумме 37,0 млн. долл. США. Повышение эффективности, быстроту и качества экстренной и скорой медицинской услуги. Разработать и внедрить международные стандарты экстренной и скорой медицинской помощи;

Укрепление материально-техническую базу, такие как новые оборудованья по диагностике и лечению, переоснащение специализированным автотранспортом укомплектованный современными мобильными медицинскими устройствами и средствами связи, а также обеспечение лекарственными средствами, медицинскими материалами и реактивами системных учреждений на сумму 12,7 млрд. сумм. от бюджета и 6,0 млрд. долл. США за счет денег зарубежных инвестиции. Совершенствование системы охраны здоровья материнство и детства. Развитие и укрепление материально-техническую базу перинатальных и скрининг центров, дородовых и педиатрических учреждений;

Повышение эффективности работ по проведению разъяснительных работ среди населения и махаллях при содействии сообществ, женского комитета и имамов для предотвращения раннего брака среди девушек в возрасте 16-17 лет и брака между близкими родственниками. Приведение в порядок деятельность негосударственного сектора здравоохранения. Утверждение нового списка видов медицинской специализации разрешенной частным медицинским учреждениям и вычеркивание тех видов, которые связаны с высоким риском для жизни и здоровья людей;

Усовершенствование контрольной деятельности министерства здравоохранения по соблюдению частными медицинскими учреждениями требований и правил лицензий;

Повышение требований оказания качественной специализированной медицинской услуги населению согласно лечебным стандартам, утвержденной частными медицинскими учреждениями;

Продление налоговых и таможенных льгот до 1 января 2018 года с целью снижение цен на медицинские услуги и расширение возможностей лечения пациентов. Стратегические направления реформирования здравоохранения в Узбекистане: строгое разграничение сферы бесплатного и платного

медицинского обслуживания. Изменение системы организации и управления в сторону децентрализации. Изменение системы финансирования в сторону расширения источников поступления средств и более эффективного использования бюджетных ассигнований. Услуги, гарантируемые государством на бесплатной основе: оказание экстренной, неотложной медицинской помощи; оказание медицинских услуг в ПМСП и ряде государственных лечебно-профилактических учреждений, прежде всего в сельской местности; иммунизация и вакцинация населения против ряда инфекционных заболеваний; специализированную медицинскую помощь по социально-значимым заболеваниям, представляющим опасность для окружающих; обследование и лечение детей; лечение льготных категорий пациентов в государственных лечебно-профилактических лечебных учреждениях.

Узбекская система здравоохранения финансируется из нескольких источников. Основная доля финансирования здравоохранения поступает за счет налогов, но в последнее время государственное финансирование все больше дополняют или замещают другие источники – в основном это личные средства граждан. Частные платежи граждан за медицинские услуги впервые были введены как прямые платежи за лекарства при амбулаторном лечении и питание в стационарных медицинских учреждениях и постепенно были распространены также на медицинские услуги.

В Узбекистане существует две категории компаний, предлагающих услуги ДМС: частные медицинские учреждения (MDS, 2004) и страховые компании, занимающиеся другими видами страхования (UNIC, 2006). В зависимости от вида предоставляемого покрытия для услуг, полностью или частично исключенных из государственной схемы, ДМС часто подразделяется на заменяющее, дополняющее и дополнительное

Программа реформирования сектора здравоохранения в Узбекистане включает следующие основные задачи:

- *Укрепление здоровья матери и ребенка.* По сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ, в Узбекистане очень высоки показатели материнской и младенческой смертности. В этой связи правительством был предпринят ряд мер по решению этой проблемы, с привлечением как внутренних, так и внешних ресурсов.

- *Стимулирование развития частной практики.* Приватизация в узбекском секторе здравоохранения была результатом перехода к рыночной экономике, поиска дополнительных источников финансирования в целях снижения доли государственных ассигнований в общих расходах на здравоохранение и стремления расширить потребительский выбор в сфере здравоохранения.

- *Повышение качества медицинской помощи.* В последние годы общественное мнение, политическое сознание и ожидания общества в Узбекистане меняются; усиливается ориентация на достижение стандартов

здравоохранения, принятых в странах Западной Европы и США. Результатом этого стало создание новой инфраструктуры, предполагающей повышение качества медицинской помощи. В качестве примеров можно привести создание Центра доказательной медицины и Центра непрерывного медицинского образования, а также направление внешних ресурсов на решение задачи по повышению качества медицинской помощи.

- *Сдерживание расходов посредством снижения доли государственных ассигнований на финансирование служб здравоохранения.* Нехватка государственных средств стала мощным стимулом для рационализации деятельности всей системы здравоохранения страны. Были предприняты меры по сокращению числа медицинских учреждений и больничных коек, а также спроса на медицинские услуги путем переноса части затрат на потребителей с помощью введения системы платных услуг. Сокращение расходов государственного сектора было обеспечено путем введения программы государственных гарантий, финансируемой за счет средств госбюджета. Это нашло свое отражение в основных документах, касающихся реформирования сектора здравоохранения, в частности в законе «Об охране здоровья граждан» 1996 г. и в Указе Президента Республики Узбекистан «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» 1998 г.

- *Децентрализация.* После обретения независимости Правительство Узбекистана предприняло ряд мер по децентрализации системы здравоохранения. Реформирование в этой области заключалось в основном в передаче функций управления с общенационального на областной уровень и от органов управления здравоохранением к медицинским учреждениям. При этом ставится задача распределения ресурсов в большем соответствии с местными потребностями.



Контрольные вопросы

1. Дайте характеристику системе здравоохранения Германии
2. Опишите систему здравоохранения Чешской Республики
3. Дайте характеристику системе здравоохранения Словацкой Республики
4. Дайте характеристику системе здравоохранения Казахстана в период 1992-1994 годы?
5. Чем отличается развитие системы здравоохранения Казахстана в период 1995-1997 годы?
6. Какая ситуация сложилась в развитии здравоохранения в период 2000-2004 годы?
7. Дайте характеристику системе здравоохранения Республики Узбекистан



Ситуационные задачи

Задача №1. Система здравоохранения финансируется на 30% за счет государственного бюджета, на 20% за счет частных источников и на 50% за счет страхования здоровья населения.

Вопрос:

1а-Какая система здравоохранения используется в данной ситуации?

Задача №2. Система здравоохранения предусматривает: бесплатность и общедоступность медицинской помощи, гарантированное материальное обеспечение в случае болезни и утраты трудоспособности, участие широких масс трудящихся в охране и укреплении народного здоровья, профилактическая направленность, единство медицинской науки и практики.

Вопрос:

2а-О какой системе здравоохранения идет описание?



Тестовые вопросы

1. Государственный характер здравоохранения в Казахстане это:

- А. Предоставление бесплатной медицинской помощи населению в полном объеме
- В. Предоставление медицинской помощи в зависимости от социального статуса
- С. Предоставление гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
- Д. Предоставление медицинской помощи в зависимости от профессионального статуса
- Е. Не равный доступ к медицинской помощи.

2. Какая система здравоохранения была в Казахстане до распада СССР?

- А. Модель Бисмарка
- В. Модель Семашко
- С. Модель смешанной системы здравоохранения
- Д. Страхование медицина

3. Наиболее выраженная система организации здравоохранения в Казахстане?

- А. Бюджетная
- В. Страхование
- С. Частнопредпринимательская
- Д. Общественная
- Е. Смешанная

4. Внедрение Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) начато:

- А. с 1 февраля 2011 г
- В. с 1 июля 2010 г

С. с 1 января 2011г

Д. с 1 марта 2011г

Е. с 1 января 2010 г

5. Система здравоохранения состоит из:

А. государственных и частных медицинских организаций

В. государственного сектора

С. государственного и негосударственного секторов здравоохранения

Д. государственных, частных медорганизаций и Национальных холдингов

Е. государственного сектора здравоохранения и страховых медицинских организаций

ГЛАВА 10

ОСНОВЫ МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Введение

Успех управленческой деятельности в здравоохранении во многом зависит от уровня подготовки руководителей всех уровней по основным разделам менеджмента, грамотного использования опыта управления, накопленного человечеством, научно обоснованного подхода к решению проблем учреждения.

Цель: ознакомить студентов с основами менеджмента в здравоохранении.

Задачи:

- Ознакомить школами и направлениями менеджмента.
- Дать характеристику школе научного управления.
- Дать информацию о формировании административной или классической школы управления.
- Дать характеристику школе человеческих отношений.
- Дать информацию о формировании математической школы управления.
- Ознакомить внешней средой организации.
- Дать понятие СВОТ анализу для оценки внешней среды.
- Ознакомить внутренней средой организации.
- Характеризовать принципы и методы управления.
- Определить стиль управления и основные виды стиля управления.
- Дать информацию об основных функциях управления.

После изучения этой главы, студент должен:

- История развития и виды школ и направлений менеджмента.
- Свободно дать характеристику школе научного управления.
- Корректно сформулировать информацию о формировании административной или классической школы управления.
- Четко определить характеристики школы человеческих отношений.
- Правильно определить характеристики формирования математической школы управления.
- Охарактеризовать внешнюю среду организации.
- Проведение СВОТ анализа для оценки внешней среды.
- Свободно охарактеризовать внутреннюю среду организации.
- Четко характеризовать принципы и методы управления.
- Правильно определить стиль управления и основные виды стиля управления.
- Свободно дать информацию об основных функциях управления.

Необходимые материалы и оборудования для проведения занятия:

- Учебно-методический комплекс дисциплины.
- Визуальные материалы (слайды, плакаты, стенды).
- Мультимедийное оборудование: проектор, экран, интерактивная доска.
- Аудитория, приспособленная для размещения студентов и для работы ТСО.

Рекомендуемые методы преподавания (с описанием проведения метода):

- Обзорная, вводная лекция.
- Беседы, диалог, дискуссии.
- Обратная связь путем тестирования.

Содержание темы



Менеджмент - наука об управлении - совокупность принципов, методов, средств и форм управления с целью повышения эффективности производства и получения прибыли. Менеджмент - это управление не вещами, а воздействие на людей. Это искусство получать нужные вещи посредством управления людьми.

Менеджмент - это также умение добиваться определенной цели, используя интеллект и мотивы. Менеджмент возникает тогда, когда имеется как минимум 2 человека – управляющая и управляемая стороны. Субъект управления – тот, кто управляет, объект управления - тем, кем управляют. Субъект управления - люди, в функции которых входят осуществление управления. В системе здравоохранения – министр, зам.министра, начальники управлений здравоохранения МЗ, главные врачи, заместители главных врачей, заведующие отделениями, директора и начальники клиники, руководитель частного предприятия. Объекты управления - работники, коллективы и любые хозяйственные и экономические объекты.

Несмотря на определенное разнообразие в выделении школ и направлений менеджмента, принято выделять четыре основные сложившиеся школы:

1. Школа научного управления (1885—1920 гг.).
2. Административная, или классическая, школа (1920-1950 гг.).
3. Школа человеческих отношений (1930—1950 гг.).
4. Математическая школа управления (с 1950-х годов).

Школа научного управления. Возникновение научного управления связано прежде всего с теориями управления Ф.Тейлора (1856—1915)-президента Американского общества инженеров-механиков.

Основные положения теории Тейлора изложены в работе «Принципы и

методы научного управления» (1911). Суть своей теории Ф.Тейлор объяснял так: «Наука вместо традиционных навыков; гармония вместо противоречий; сотрудничество вместо индивидуальной работы; максимальная производительность вместо ее ограничения; развитие каждого отдельного рабочего до максимально доступной ему производительности и максимального благосостояния».

Формирование школы научного управления базировалось на трех основных моментах, которые, по сути, послужили исходными принципами для последующего развития менеджмента:

- разработка формальной структуры организации;
- рациональная организация труда;
- определение мер по сотрудничеству управляющего и рабочего и разграничение исполнительных и управленческих функций.

Ф.Тейлор впервые поставил под сомнение существующую в то время «линейную» структуру управления, при которой рабочий получал указания от одного непосредственного начальника, и заменил ее функциональной, при которой рабочий стал получать указания от нескольких узкоспециализированных руководителей.

Идеи функционального управления были прогрессивными для своего времени. И хотя впоследствии выявились недостатки функциональной структуры, связанные с отсутствием единоначалия, возврата к системе линейной структуры не произошло, а подчинение функциональных руководителей одному начальнику способствовало формированию новой линейно-функциональной структуры организации.

Административная, или классическая, школа управления. Развитием административной школы происходило по двум основным направлениям - рационализация производства и исследование проблем управления.



Основной задачей этой школы было создание универсальных принципов управления, реализация которых в любой организации должна привести к успеху. Практически все представители этой школы (Г.Эмерсон, А.Файоль, М.Вебер, Г.Форд) пытались по своему сформулировать основные принципы успешного управления.

Основные принципы управления, сформулированные Г.Эмерсоном, и в настоящее время не утратили своей актуальности:

1. Точно поставленные идеалы и цели.
2. Здравый смысл.
3. Компетентная консультация (компетентный совет может быть только коллегиальным).
4. Дисциплина в коллективе.

5. Справедливое отношение к персоналу.
6. Быстрый, надежный, полный, точный и постоянный учет.
7. Диспетчирование, обеспечивающее четкое оперативное управление.
8. Нормы и расписания, позволяющие измерять все недостатки в организации и уменьшать вызванные ими потери.
9. Нормализация условий, обеспечивающая такое сочетание времени, условий и себестоимости, при котором достигаются наилучшие Результаты.
10. Нормирование операций, предлагающее установление времени и последовательности, при которых достигаются наилучшие результаты.
11. Письменные стандартные инструкции.
12. Вознаграждение за производительность.

Большое внимание в разработке управленческих принципов уделяли генеральный директор предприятий горнодобывающей и металлургической промышленности Анри Файоль (1847—1925), которым, были выделены 6 основных управленческих функций: техническая, коммерческая, финансовая, защитная, бухгалтерская, административная.

Внедрение научных принципов управления позволило на практике реализовать власть менеджера над исполнителями. Однако уже в 1929- 1930-е годы жесткая централизация управления и регламентирование управленческой деятельности стали определенным тормозом в развитие организаций, и следствием этого стало развитие школы человеческих отношений.



Школа человеческих отношений.

Основоположником школы человеческих отношений является Элтон Мейо (1880—1949). Представители этой школы впервые стали рассматривать каждую организацию как

социальную систему и исходили из того, что эффективно управлять можно только при умелом воздействии на систему социально-психологических факторов.

Основным выводом исследований Мейо является следующий: если руководство проявляет большую заботу о своих работниках, то и уровень удовлетворенности работников должен возрастать, что должно приводить к увеличению производительности.

Определенный вклад в развитие школы человеческих отношений внес и Дуглас Мак-Грегор, выдвинувший тезис о том, что каждый руководитель в отношениях с подчиненными опирается на теоретические предпосылки, порождающие убежденность в том, что его поведение вызывает со стороны подчиненных определенную реакцию, которую можно предвидеть. По мнению Д.Мак-Грегора, группировка этих предпосылок может послужить основой теорий, условно названных X, Y.

Согласно теории X, рядовой индивид имеет врожденную неприязнь к

труду и старается от него уклониться. С этим связана убежденность многих руководителей в том, что их основная задача состоит в преодолении естественной склонности подчиненных уклоняться от работы. Рядовой индивид любит, чтобы им управляли, он нечестолюбив и прежде всего стремится к спокойствию. Таким образом, для управления подчиненными большое значение имеет угроза наказания. Из теорий Х вытекает признание необходимости очень жесткой формализации организационной структуры, централизации принятия решений.

Согласно теории Y, труд является естественной потребностью человека. Поэтому теория Y предполагает меньшую степень формализации децентрализацию управления, значительную самостоятельность исполнителей, поощрение инициативы. В теории Y основной упор делается на поощрения.

Математическая школа управления возникла в 1940-е годы, и ее принципы широко использовались в управлении войсками в период второй мировой войны. В последующие годы благодаря ведущим представителям этой школы (Р.Акоффу, С.Биру, Д.Форрестеру и др.) зарубежные фирмы все



чаще стали прибегать и применять количественные методы для решения управленческих проблем, кленовой математической школы является теория исследования операций и моделирование, а также использование системного и ситуационного подхода в управлении.

В соответствии с *системным подходом* весь окружающий мир предьявлен бесчисленным множеством динамических систем разной сложности, пребывающих в постоянном взаимодействии.

Система — это совокупность связанных и взаимодействующих друг с другом элементов, составляющих некоторое целостное образование, имеющее новые свойства, отсутствующие у ее элементов.

И здравоохранение в целом, и медицинское страхование, и любое лечебно-профилактическое учреждение представляют собой большие социально-экономические системы (БС), которые характеризуются определенными классификационными признаками. Это материальные, искусственные, открытые, динамические, вероятностные системы.

Исходя из позиций системного анализа, в процессе управления можно выделить две системы: управляющую (субъект управления) и управляемую (объект управления). Субъект управления для вышестоящего уровня иерархической (имеющей разные уровни) системы становится объектом

управления. В свою очередь, объект управления для нижестоящего уровня становится субъектом управления.

При определении целей организации, построении ее структуры анализа деятельности менеджер должен владеть методами системного анализа, которые условно можно разделить на две большие группы.

1. По содержанию: вербальные, графические, экспертные, математические.

2. По цели: декомпозиции, композиции, упрощения систем, оценки структурной адекватности, оценки взаимодействия элементов, оценки устойчивости системы во времени и пространстве.

Вербальные методы — методы качественного анализа проблемы процесса, организации, в основе которого лежат методы анализа и синтеза, дедукции и индукции. Вербальные методы являются составной части любого исследования.

Графические методы — методы наглядного изображения вербального описания системы, с помощью которого можно лучше представить структуру, функции и цели. Одним из них является метод построение «дерева», когда необходимо какую-то категорию разделить на составные части с последующим делением на более мелкие элементы. Наиболее часто строят «дерево целей». При этом происходит декомпозиция главной цели на подцели 1-го яруса, которые делятся на подцели 2го яруса и т.д.

Так, основным направлением реформирования стационарной помощи является реструктуризация коечного фонда и сокращение числа коек (подцели 2-го яруса). Сокращение коечного фонда, в свою очередь, осуществляется в условиях развития стационарной помощи в поликлиниках (дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, стационаров на дому), увеличения объема и качества амбулаторно-поликлинической помощи, развертывания консультативно-диагностических центров (подцели 3-го яруса). Реструктуризация коечного фонда требует постановки подцелей 3-го яруса, в том числе дифференциации коечного фонда по степени интенсивности лечения и ухода и приведения структуры коечного фонда в полное соответствие с потребностями населения в различных видах стационарной помощи

Внешняя среда организации



Практически до 1950-х годов представителями различных школ менеджмента анализировались в основном внутренние факторы организации. И лишь во второй половине XX в. стало уделяться внимание на факторы внешней среды, которые условно можно разделить на факторы прямого и косвенного воздействия.

Одним из наиболее распространенных методов анализа внешней среды в зарубежных странах является СВOT (CWOT) — анализ, предполагающий анализировать следующие факторы:

- мощь (strength) организации по отношению к внешней среде;
- слабость (weakness) по отношению к внешней среде;
- возможности (opportunity), проистекающие из внешней среды;
- угрозы (threat), проистекающие из внешней среды.

При этом ставятся задачи по развитию ЛПУ, по использованию его мощи и уменьшению его слабости с тем, чтобы воспользоваться возможностями и предотвратить угрозы внешней среды.

Внутренняя среда организации

Несмотря на все возрастающее значение внешних факторов, внутренние являются все же определяющими в функционировании и развитии организации. Основными составляющими внутренней среды являются ее цели, структура, трудовые ресурсы, оборудование, материальные запасы, технология и культура организации.



Под целью в управлении обычно понимают некоторый идеальный, заранее заданный результат, которого следует достичь. Успешная деятельность организации в значительной мере обусловлена ее материально-технической базой и применяемыми технологиями, причем для медицинских учреждений эти составляющие внутренней среды имеют особое значение. При отсутствии современного оборудования невозможно использовать новые эффективные медицинские технологии, а значит, и оказывать помощь высокого качества.

Среди составляющих внутренней среды организации необходимо отметить и культуру организации.

Подкультурой организации понимаются, точки зрения, манера поведения, в которых воплощаются основные ценности. Культура организации находит свое отражение в структуре организации и ее кадровой политики.

Структура организации

Реализация стремлений организации, продуктивное взаимодействие с внешней средой в значительной мере определяются рациональностью построения структуры организации, которая представляет собой совокупность всех элементов и звеньев системы управления и установленных между ними постоянных связей.

Исторически сложились четыре основных типа организационных структур:

- линейная;

- линейно-функциональная;
- линейно-штабная;
- матричная.

Линейная структура управления характеризуется четким единоначалием — каждый руководитель, каждый работник подчинен только одному вышестоящему лицу. Линейная структура управления может быть эффективной в небольших организациях с высоким уровнем технологической специализации. В практическом здравоохранении данная структура получила распространение в женских консультациях, небольших по мощности специализированных диспансерах, в *линейно-функциональных структурах* управления помимо линейного управления добавляется функциональное, связанное с дальнейшей специализацией управленческого труда.

Каждое структурное подразделение получает указания и распоряжения не только от руководителя учреждения, подразделения (главного врача, заведующего отделением), но и от руководителей функциональных служб (заместителя главного врача по медицинской части, по клиничко-экспертной работе и т.д.). Данная структура наиболее целесообразна для средних и крупных учреждений и объединений.



Линейно-функциональная структура в настоящее время функционирует в большинстве крупных стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждениях. Однако и линейная, и линейно-функциональная структуры недостаточно адаптированы к меняющимся условиям внешней среды.

В подобном случае линейно-функциональную структуру управления целесообразно дополнить штабом, наделенным определенными полномочиями и правами, которые обычно ниже полномочий руководителя организации.

В здравоохранении *штабные структуры* необходимо создавать в следующих случаях:

- во время стихийных бедствий, эпидемий, крупных катастроф и аварий;
- для внедрения новых организационных и медицинских технологий в практику;
- при реорганизации различных медицинских служб.

Матричная структура управления основана на принципе одновременного управления по вертикали и по горизонтали. Ее основу образует линейно-функциональная структура управления, которая дополняется структурными элементами программного управления. Помимо руководителя организации, линейных и функциональных руководителей

назначается руководитель программы, причем его ранг выше ранга руководителя организации. Как правило, подобные структуры создаются для реализации целевых, прежде всего межотраслевых программ.

Принципы, функции, методы и стиль управления

Современный руководитель в своей повседневной деятельности, выполняя управленческие функции, использует различные принципы и методы, придерживаясь определенного стиля управления. Принципы управления по сути представляют собой определенные правила, основные положения и нормы поведения, которыми руководствуются менеджеры и органы управления.

На разных этапах развития управления принципы управления менялись. В настоящее время, по мнению ведущих специалистов в области управления, ведущими принципами являются:

- лояльность к работающим;
- ответственность как обязательное условие успешного менеджмента;
- коммуникации, пронизывающие организацию снизу вверх, сверху вниз и по горизонтали;
- атмосфера, способствующая раскрытию способностей работников организации;
- установление долевого участия каждого работника в общих результатах деятельности;
- методы работы с людьми, обеспечивающие их удовлетворенность работой;
- умение слушать окружающих: потребителей, поставщиков, подчиненных, руководителей;
- непосредственное участие в работе подчиненных групп на всех этапах как условие согласованной работы;
- честность и доверие к людям;
- этика бизнеса;
- опора на фундаментальные основы менеджмента;
- своевременная реакция на изменения в окружающей среде;
- четкое представление о перспективах развития организаций.

Методы управления

Большое значение для эффективного управления имеет оптимальное сочетание различных методов управления.

Методы управления представляют собой способы и совокупности приемов воздействия на коллективы людей или отдельных работников в процессе их трудовой деятельности.

Методы управления делятся на три основные группы:

1. Административные.
2. Экономические.
3. Социально-психологические.

Административные методы управления представляют собой совокупность способов по осуществлению властного (принудительно-распорядительного) воздействия. Они основаны на праве управляющей подсистемы (органа управления или руководителя) принимать: управленческие решения в виде приказов, распоряжений, инструкций и обязательном их выполнении управляемой подсистемой.



В управлении здравоохранением используется достаточно большое число способов административного воздействия, в том числе:

1. Стабилизирующие, или регламентирующие, методы устанавливают определенные правила, точные предписания к действию, рамки деятельности. К стабилизирующим методам относят положения (об учреждении здравоохранения, о подразделении ЛПУ, о комиссиях ЛПУ и т.д.), нормы нагрузки, нормативы, штатное расписание ЛПУ и др.

2. Распорядительные методы направлены на решение конкретные задач в ситуациях, которые не предусмотрены установленными и действующими положениями и правилами. Следует отметить, что в управлении могут использоваться две формы реализаций распорядительного метода: документальная и устная. Так, директивы и постановления оформляются только документально, а приказы, распоряжения и указания могут быть даны и устно, и письменно.

3. Дисциплинарные методы воздействия включают не только строгое соблюдение плановой, производственной и финансовой дисциплины, но и установление ответственности: личной и коллективно моральной и материальной, служебной и гражданской. Административные методы обычно быстро дают результаты, в отличие экономических и социально-психологических способов воздействия, результаты которых, как правило, проявляются с определенным «шагом времени» (т.е. с определенной задержкой). Однако в современных условиях жесткое администрирование, игнорирование мотиваций коллектива и отдельных работников нередко приводят к ухудшению социально-психологического климата в медицинском учреждении (подразделении), снижению качества медицинской помощи, созданию отрицательного имиджа ЛПУ.

Экономические методы управления можно представить как совокупность способов по осуществлению воздействия на работников с помощью экономических категорий.

Они основаны на применении экономического стимулирования производственных коллективов, создании материальной заинтересованности

отдельных членов коллектива в достижении поставленной цели. Эти методы позволяют путем активизации экономических интересов объекта управления ориентировать его деятельность в направлении эффективного использования имеющихся ресурсов без непосредственного постоянного вмешательства субъекта управления (т.е. руководителя).

Социально-психологические методы управления представляют собой совокупность способов по осуществлению воздействия на духовные интересы работников, формирование их мировоззрения. Они основаны на межличностных отношениях и использовании социально-психологических закономерностей развития личности и трудовых коллективов.

Стиль управления



Под стилем управления понимается система сложившихся отношений между руководителями и коллективом по поводу принятия и реализации управленческих решений.

Стиль управления формируется и под влиянием преимущественно используемых руководителями методов управления. Принято выделять 3 основных стиля:

1. Авторитарный (автократический) стиль управления характеризуется минимальной контактностью руководителя с коллективом, жесткостью в выработке и реализации решений. Решение подчиненным навязывается, мотивация осуществляется посредством угроз. Менеджеры, придерживающиеся этого стиля, исходят из теории Х Мак-Грегора. Преобладают административные методы управления. Деятельность подчиненных строго регламентируется.

2. Либеральный стиль управления представляет собой полную противоположность авторитарному. Руководитель каждое решение согласовывает с коллективом, идет на бесконечные уступки формальным неформальным лидерам и группам. По существу коллектив управляет руководителем.

3. Демократический тип управления основан как на активном привлечении подчиненных к определению целей организации и разработке управленческих решений, так и к контролю за их выполнением. Менеджеры полностью доверяют своим подчиненным. Основной мотивацией является возможность вознаграждения, поощрения. Персонал во всех подразделениях чувствует реальную ответственность за цели организации. Существует множество коммуникативных связей и большие возможности для коллективной деятельности. Менеджеры стиля исходят из теории Y Мак-Грегора, в управлении преобладают социально-психологические и экономические методы. Организация, где такой стиль доминирует,

характеризуются высокой степенью децентрализации, активным участием сотрудников в принятии решений.

Функции управления

Основными функциями управления являются:

1. Планирование.
2. Организация.
3. Координация и регулирование.
4. Стимулирование и мотивация.
5. Контроль.



Планирование как функция управления представляет собой процесс определения целей и путей их достижения.

Функция планирования имеет сложную структуру и реализуется через свои подфункции: прогнозирование, моделирование, программирование.

Первым этапом планирования является прогнозирование, т.е. метод научно обоснованного предвидения возможных направлений будущего развития организации, рассматриваемой в тесном взаимодействии с окружающей средой. Так, при планировании открытия офиса общеврачебной практики в составе территориальной поликлиники заранее нужно предусмотреть изменение распределения потоков больных ВОП и врачами-специалистами, изменение потребностей в различных видах исследований и т.д.

Важной подфункцией планирования является и моделирование различных ситуаций и состояний системы в течение планируемого периода.

Задачей третьей подфункции планирования является прогнозирование перевода системы в новое заданное состояние. Данный этап включает разработку алгоритма функционирования системы, определение требующихся ресурсов, выбор научных средств и методов управления.

Планирование может быть долгосрочным (15—20 лет), среднесрочным (обычно на 5 лет) и краткосрочным, или текущим (обычно на год). Текущее планирование является необходимым элементом управленческой деятельности в любой организации. В последние годы некоторые медицинские учреждения (в первую очередь с негосударственной формой собственности) составляют бизнес-планы, позволяющие решать, следующие задачи:

- определить долговременные и краткосрочные цели учреждения (фирмы), стратегию и тактику их достижения;
- определить конкретные направления деятельности учреждения его место на рынке медицинских услуг;
- выявить соответствие ресурсов поставленным целям и направлениям развития ЛПУ;

- сформулировать перечень маркетинговых мероприятий учреждения по изучению рынка медицинских услуг и т.д.

Важной функцией управления является организация работ, включающая следующие элементы:

- разработку структуры управления;
- определение рациональных форм разделения труда;
- распределение работ среди подразделений и отдельных работников;
- регламентацию функций, подфункций, работ, операций, выполняемых работниками;
- установление прав и обязанностей органов управления и должностных лиц;
- подбор и расстановку кадров.

Регулирование — это деятельность по поддержанию в динамической системе заданных параметров. Целью данной функции является сохранение состояния упорядоченности как в подсистеме производства, так и в подсистеме управления.

Координация — это обеспечение согласованности действий во времени и в пространстве всех звеньев организации путем установления рациональных связей (коммуникаций) и обмена информацией между ними. В свою очередь, коммуникация — это процесс межличностного и организационного общения при передаче информации внутри организации при обмене ею с внешней средой. Посредством коммуникаций передается лицам, принимающим решения, а решения — их исполнителям. Для успешного достижения целей организации необходимы активизация и стимулирование работников.

Стимулирование — это побуждение работников к активной деятельности с помощью внешних факторов. Стимулирование может быть материальным и моральным. *Мотивация* — это создание у работников внутреннего побуждения к труду.

Вместо и значение *контроля* определяются тем, что он является способом организации обратных связей, благодаря которым орган управления получает информацию о ходе выполнения его решения.

Контроль как функция включает выявление соответствия процесса плановым показателям или естественному ходу процессов.



Контрольные вопросы

1. В чем заключается сущность концепции «школы научного управления» и его основные положения?
2. В чем заключается сущность концепции «административной или классической школы управления» и его основные положения?

3. В чем заключается сущность концепции «школы человеческих отношений» и его основные положения?
4. В чем заключается сущность концепции «математической школы управления» и его основные положения?
5. Что такое внешняя среда организации?
6. Что означает SWOT анализ и для чего он применяется?
7. Какие виды стиля управления существуют?
8. В чем заключается функции управления?



Ситуационные задачи

Задача №1.

Сотрудник постоянно уклоняется от ответственности, переспрашивает, как следует выполнять текущую работу, но в результате все делает весьма старательно. Сотрудник работает в компании более полугода.

Вопрос:

1а-Чем может быть вызвана эта ситуация? Каковы Ваши действия?

Задача №2.

Представьте себе, что к Вам в подчинение поступает человек, который ранее работал на должности такого же уровня, как и Ваша.

Вопрос:

2а-Чем может быть вызван такой переход и каковы Ваши действия?



Тестовые вопросы

1. Укажите 4 школы в управлении:

- А. Подход научного управления, подход к управлению как к процессу, подход с точки зрения человеческих отношений, административный подход, подход с точки зрения науки о поведении, системный подход;
- В. Подход научного управления, административный подход, подход с точки зрения человеческих отношений, подход с точки зрения науки о поведении, подход к управлению как к процессу;
- С. Подход научного управления, подход с точки зрения науки о поведении, системный подход, подход с точки зрения количественных методов, ситуационный подход, административный подход;
- Д. Подход научного управления, подход с точки зрения количественных методов; административный подход, подход с точки зрения человеческих отношений, подход с точки зрения науки о поведении.

2. Укажите один правильный принцип из четырех принципов определенных Тейлором:

- А. Разделения труда;
- В. Проф. обучение;

C. Дисциплина;

D. Централизация.

3. В какую школу внес свой вклад развития А. Файоль:

A. Подход научного управления;

B. Административный подход в управлении;

C. Подход с точки зрения человеческих отношений;

D. Подход с точки зрения науки о поведении.

4. Что такое внутренняя среда организации?

A. Это ситуационные факторы внутри организации;

B. Это ситуационные факторы вне организации;

C. Это среда прямого воздействия;

D. Это среда косвенного воздействия.

5. Что такое внешняя среда организации?

A. Это среда косвенного воздействия;

B. Это среда прямого воздействия;

C. Это факторы находящиеся вне организации;

D. Это макроокружения.

6. Выберите компоненты внутренней среды:

A. Технические средства, Интернет, принципы;

B. Материалы, экономика, образования;

C. Люди, технологии, партии;

D. Принципы, нормы поведения, законы.

7. Выберите компоненты внешней среды:

A. Политика, партия, люди;

B. Законы, нормы поведения, обязанность;

C. Политика, экономика, традиции;

D. Конкуренты, покупатели, квалификация.

8. SWOT-анализ предусматривает выявление и подробное рассмотрение (выберите несколько):

A. конкурентных преимуществ

B. сильных сторон фирмы

C. благоприятных возможностей для бизнеса

D. слабых сторон организации

ОТВЕТЫ НА ТЕСТЫ И СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Глава №1.

Тесты: 1-D; 2-C; 3-D; 4-C; 5-E.

Ситуационные задачи:

1а – Можно предположить, что заболеваемость детей младшего школьного возраста связана с загрязнением окружающей среды, которая в 4 раза больше в группе случая по сравнению с контрольной группой

1б – Изучить данную ситуацию можно используя экспериментальный, статистический методы и метод экспертных оценок.

2а – Использовать экспериментальный метод и методы хронометражных исследований

Глава №2.

Тесты: 1-A; 2-C; 3-C; 4-D; 5-D; 6-A.

Ситуационные задачи:

1а – Показатель рождаемости равен 13 на 1000 человек. Показатель младенческой смертности равен 10 на 1000 живорожденных

Глава №3.

Тесты: 1-C; 2-C; 3-A; 4-B; 5-C.

Ситуационные задачи:

1а- В данном случае население относится к регрессивному типу

2а- Общий коэффициент рождаемости в городе равен к 10 на 1000 человек

Глава №4

Тесты: 1-A; 2-B; 3-C; 4-B; 5-D.

Ситуационные задачи:

1а-Показатель первичной заболеваемости в городе Б равна к 640 на 1000 население

2а-Показатель распространенности (болезненности) в городе Б равна к 400 на 1000 население

Глава №5

Тесты: 1-E; 2-C; 3-D; 4-B; 5-B.

Ситуационные задачи:

Глава №6

Тесты: 1-E; 2-C; 3-A; 4-B; 5-C.

Ситуационные задачи:

Глава №7

Тесты: 1-C; 2-A; 3-B; 4-C; 5-D.

Ситуационные задачи:

Глава №8

Тесты: 1-C; 2-A; 3-D; 4-A; 5-E; 6-D.

Ситуационные задачи:

Глава №9

Тесты: 1-A; 2-D; 3-E; 4-C; 5-B.

Ситуационные задачи:

Глава №10

Тесты: 1-D; 2-E; 3-D; 4-B; 5-C; 6-C; 7-A; 8-B.

Ситуационные задачи:

ГЛОССАРИЙ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ

Аntenатальный период – период с 22-й недели беременности до родов.

Биостатистика – один из разделов статистики, изучающий общие и частные закономерности, присущие живой природе, с использованием методов математической статистики.

Вариационный ряд – выборка, все элементы которой упорядочены по возрастанию.

Внешняя миграция – миграция, при которой пересекаются государственные границы.

Генеральная совокупность – а) множество качественно однородных объектов, объединенных по какому-либо признаку или группе признаков; б) некоторый признак, характеризуемый множеством возможных значений и трактуемый как случайная величина.

Гистограмма – столбчатая диаграмма выборочного распределения.

Демографическая статистика - область статистики, занимающаяся сбором, обработкой и анализом данных, характеризующих численность, состав, размещение и воспроизводство населения.

Демографическое старение (старение населения) – увеличение доли пожилых и старых людей в общей численности населения.

Единица наблюдения – первичный элемент статистической совокупности, наделенный всеми признаками, подлежащими изучению.

Здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов (ВОЗ).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.Ф. Серенко, В.В.Ермаков. «Социальная гигиена и организация здравоохранения», М.: «Медицина», 1984. – 639 с.
2. «Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения» ред. Ю.П.Лисицына, Н.Я.Копыта – 2-е издание, переработанное и дополненное. – М.: «Медицина», 1984. – 400 с.
3. «Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения» Том1, под редакцией Лисицына Ю.П., М.: «Медицина»,1987 – 430 с.
4. Т.И.Искандаров, Б.Маматкулов. «Санитария-статистик ва ижтимоий-гигиеник тадқиқот услублари». Тошкент, 1994. – 200 б.
5. Аканов А.А. и др. Общественное здравоохранение: учебник / М.: Литература, 2017.-496 с.