

**Міністерство освіти і науки України
Приватний вищий навчальний заклад
“Медико-Природничий Університет”**

**ЕЛЕКТРОННИЙ КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ
З ДИСЦИПЛІНИ «ВСТУП ДО СПЕЦІАЛЬНОСТІ»**

**для здобувачів спеціальності І9 «Громадське здоров'я»
галузі знань І «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення»
підготовки фахівців першого (бакалаврського) рівня**

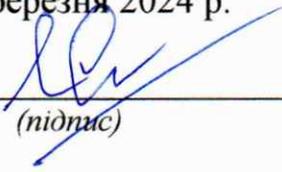
Затверджено:

Засіданням кафедри медсестринства і громадського здоров'я з дисципліни «Вступ до спеціальності»

ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

Протокол № 8 від "15" березня 2024 р.

Завідувач кафедри


(підпис)

Геннадій САМОЙЛЕНКО

Розробники:

Гаєвський Сергій Олександрович. к.мед.н., доцент кафедри медсестринства і громадського здоров'я;

Габрель Роман Тарасович, к.мед.н., доцент кафедри медсестринства і громадського здоров'я.

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ з дисципліни «Вступ до спеціальності»

Теми:

1. Громадське здоров'я, функції та послуги
2. Здоров'я населення : основні детермінанти
3. Медико-соціальні проблеми демографічних процесів
4. Захворюваність населення як медико-соціальна проблема
5. Профілактика та між секторальне співробітництво в системі громадського здоров'я

Лекція 1. Громадське здоров'я, функції та послуги

Актуальність теми:

Соціальна медицина та громадське здоров'я як наука вивчає закономірності впливу соціальних та економічних факторів на здоров'я різних соціальних груп населення, дає теоретичне обґрунтування системі державних і громадських заходів з охорони та зміцнення здоров'я суспільства. Суспільні заходи соціально-економічного характеру з охорони здоров'я, як видно з вищенаведеного, супроводжували людство протягом всієї історії. Вони видозмінювалися залежно від соціально-економічного устрою, від змін способу виробництва та виробничих відносин, державного ладу, політичного, соціального та економічного становища певних соціальних груп населення тощо.

Виконання основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я - збереження та зміцнення здоров'я населення та поліпшення якості медичної допомоги, розробка конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм і методів роботи окремих спеціалізованих служб не можливі без знання основних характеристик, тенденцій та закономірностей стану здоров'я населення.

Особлива увага основним методам вивчення та тенденціям сучасного стану захворюваності населення.

Вивчення здоров'я населення та вплив на нього соціальних чинників - найважливіша складова частина соціальної медицини.

На відміну від різних клінічних дисциплін, *громадське здоров'я* вивчає стан здоров'я не окремих індивідів, а організованих колективів, соціальних груп і суспільства загалом у зв'язку з умовами життя. При цьому умови життя, виробничі відносини зазвичай є визначальними для стану здоров'я людей.

Громадське здоров'я – сфера знань та організована діяльність суб'єктів у системі громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя

Система громадського здоров'я — комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

Суспільне здоров'я - це здоров'я населення обумовлене комплексом соціальних і біологічних факторів. З позицій способу життя здоров'я населення являє соціально-демографічну категорію, відображаючи здібність членів суспільства повноцінно виконувати функції що до подальшого розвитку суспільства і вести спосіб життя який забезпечує збереження, укріплення і розвиток цієї здібності.

Громадське здоров'я включає в себе міждисциплінарні підходи епідеміології, біостатистики і охорони здоров'я. Іншими важливими галузями є гігієна довкілля, здоров'я населення, психогігієна, безпека руху, економіка охорони здоров'я, державна політика, психічне здоров'я, страхова медицина, безпека та гігієна праці, тощо. ¹

Принципи системи громадського здоров'я:

- 1) принцип законності;
- 2) створення належних умов для реалізації кожною людиною права на здоров'я (принцип справедливості щодо здоров'я);
- 3) цілісний підхід до здоров'я та визнання єдності його фізичних, психічних, психологічних, духовних і соціальних аспектів (принцип цілісності);
- 4) пріоритетність забезпечення здоров'я і благополуччя населення при формуванні та реалізації державної політики, діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування та інших суб'єктів у системі громадського здоров'я (принцип пріоритету здоров'я);
- 5) системне усунення або зменшення негативних наслідків для здоров'я від різних видів поведінки людини та видів діяльності (принцип мінімізації шкоди);
- 6) залучення всього суспільства до реалізації оперативних функцій громадського здоров'я і здійснення заходів у сфері громадського здоров'я та взаємна відповідальність за дії або бездіяльність у цій сфері (принцип участі та відповідальності);
- 7) вжиття заходів, необхідних для забезпечення високого рівня захисту здоров'я, у разі наявності потенційних ризиків для здоров'я та благополуччя населення (принцип перестороги);
- 8) міжгалузеве співробітництво та координація діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування у сфері громадського здоров'я (принцип міжсекторального підходу);
- 9) міжнародне співробітництво і спрямованість на застосування передових практик у сфері громадського здоров'я (принцип застосування кращих практик);
- 10) підзвітність та відповідальність органів державної влади, органів місцевого самоврядування, інших суб'єктів у системі громадського здоров'я (принцип підзвітності та відповідальності);
- 11) доказовість та економічна доцільність при прийнятті рішень у сфері громадського здоров'я (принцип обґрунтованості рішень);
- 12) здійснення оперативних функцій суб'єктами в системі громадського здоров'я в межах області (принцип регіональної екстериторіальності).

Історичні аспекти формування дисципліни

Період становлення соціальної медицини та громадського здоров'я, як наукової дисципліни, був непростим, вже чим можна пояснити неодноразову зміну змісту та предмету її викладання. Передумови для її виникнення були сформовані ще у XIX ст., спочатку у складі соціальної гігієни, а з XX ст. як самостійної науки (Грішьян А., Німеччина). Перший музей соціальної гігієни в Москві було створено Мальковим А.В. в 1918 році. В 1922 році М.А. Семашко (нарком охорони здоров'я) створив першу кафедру соціальної гігієни при Московському університеті. В 1923 році З.П. Соловйов (другий нарком) створив другу кафедру при II Московському медичному інституті. Також у 1923 році було створено Науково-дослідницький інститут в Москві. На території України предмет неодноразово змінював свою назву: «Соціальна гігієна» - 1923 рік, «Організація охорони здоров'я» - 1941 рік,

«Соціальна гігієна і організація охорони здоров'я» - 1966 рік, «Соціальна медицина і організація охорони здоров'я» - 1991 рік, «Соціальна медицина, громадське здоров'я» - 2018 рік і до тепер. Перші кафедри соціальної гігієни в Україні було засновано в 1923 році в Харкові, Одесі, Києві. Завідувачем кафедри на базі Одеського медичного інституту був Лев Васильович Громашевський, одночасно завідував кафедрою епідеміології.

У листопаді 2016 р. Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я.

У 2018 році в Україні запроваджено принцип збереження здоров'я населення, за якого всі ухваленні урядом рішення аналізуватимуться з точки зору впливу їх реалізації на громадське здоров'я.

З 2018 року на Україні було затверджено стандарт вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» галузь знань 22 «Охорони здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти.

В Україні друкується 4 спеціалізовані журнали з громадського здоров'я і охорони здоров'я,

серед них: з 1999 року – «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України», з 2001 року – «Охорона здоров'я України», з 2007 року

- «Україна. Здоров'я нації», з 2008 року – «Східноєвропейський журнал громадського здоров'я».

Окрім цього, проблеми соціальної медицини та громадського здоров'я світового рівня освітлюються ВООЗ у трьох спеціалізованих журналах, а саме:

«Здоров'я Світу», «Бюлетень ВООЗ», «Міжнародний форум охорони здоров'я».

Відповідно з прийнятими програмами викладання дисципліни предмет включає наступні розділи:

- *основні етапи розвитку охорони здоров'я (історія медицини);*
- *теоретичні основи соціальної медицини та ООЗ;*
- *медична статистика та демографія;*
- *методи вивчення здоров'я населення та критерії оцінки їх детермінуючих факторів;*
- *системи охорони здоров'я та питання їх управління.*

Методологічна основа соціальної медицини та громадського здоров'я складається з вивчення явищ і правильного трактування причинно-наслідкових зв'язків і взаємозалежності між станом здоров'я населення та факторами, які витікають із суспільних і виробничих стосунків.

Головними методами досліджень являються:

- 1) *статистичний;*
- 2) *історичний;*
- 3) *економічний;*
- 4) *експертних оцінок;*
- 5) *експериментальний;*
- 6) *епідеміологічний;*
- 7) *соціальний (соціально-психологічний);*
- 8) *клінічний;*
- 9) *антропометричний;*
- 10) *антропологічний;*
- 11) *математичного і логічного моделювання;*
- 12) *метод системного аналізу;*
- 13) *демографічний;*
- 14) *метод гігієнічних досліджень та інші.*

Статистичний метод, як основний метод суспільних наук, широко використовується в області соціальної медицини і організації охорони здоров'я. Він дозволяє встановити і об'єктивно оцінити зміни в стані здоров'я населення і визначити ефективність діяльності органів і закладів охорони здоров'я. Крім цього, він широко застосовується в медичних наукових дослідженнях (гігієнічних, фізіологічних, біохімічних, клінічних та ін.).

Історичний метод використовується в соціальній медицині і організації охорони здоров'я, так як він побудований на основі діалектичного розуміння процесів суспільного здоров'я і охорони здоров'я на різних етапах людської історії.

Метод економічних досліджень дає можливість виявити характер впливу економічних умов на організаційну структуру системи охорони здоров'я і навпаки, вклад медичних заходів в економіку країни.

Економічний метод застосовується для оцінки ефективності використання ресурсів охорони здоров'я, медичної допомоги та ефективності оздоровчих заходів, ефективності системи надання медико-санітарної допомоги. У ринкових умовах цей метод набуває особливу актуальність.

З ціллю пошуку більш ефективних методів організації системи надання медичної допомоги населенню раціонального використання ресурсів охорони здоров'я широко використовуються методи експертних оцінок та експериментальний метод.

Метод експертних оцінок служить додатком статистичному. Головною задачею його являється визначення прямим шляхом тих чи інших поправних коефіцієнтів, обговорювання фахівцями шляхом дискусії проблеми, узгодження позицій.

Експериментальний метод – це пошуки нових найбільш раціональних форм і методів роботи, створення моделей медичної допомоги в втілення передових досягнень, перевірка

проектів, гіпотез, створення баз, медичних центрів та ін.

Поєднання методів ретро- та перспективних досліджень з запровадженням багатофакторного аналізу використовується при плануванні натурального експерименту та розробці медико-географічних карт.

Епідеміологічний метод - один із ведучих методів СМіОЗ. Цей метод, є сукупністю способів вивчення здоров'я населення під впливом ендогенних (спадкових), екзогенних, соціальних та природних явищ.

Епідеміологічний підхід передбачає при вивченні зв'язати воєдино основні складові у зміні здоров'я населення:

1. група людей, котрі проживають в умовах впливу певного фактору;
2. соціально-економічні та природно-кліматичні умови у яких реалізується дія фактора;
3. наявність специфічних та неспецифічних прояв в стані здоров'я досліджуваних факторів.

Розрізняють 4 основних способи реалізації епідеміологічного методу:

1. санітарно-статистичний.
2. медичне обстеження популяції.
3. натурального експерименту.
4. медично-географічного обґрунтування.

До теперішнього часу немає загально прийнятої методології дослідження взаємного зв'язку факторів детермінуючих здоров'я населення. Із досвіду застосування епідеміологічних методів їх можна об'єднати у три групи:

1-ий - коли дослідник у процесі наукового пошуку рухається від фактора до здоров'я;

2-ий - у випадку, коли причина зміни у стані здоров'я не відома, дослідження базується у зворотному напрямку від здоров'я до фактора. За допомогою таких методів вдається виявити відносну роль різних факторів, провести багатофакторний аналіз;

третья група медичних підходів - є комбінація перших двох.

Метод соціологічних досліджень - вивчення потреби в медичній допомозі, задовільнення населення в якості і т.д.

В соціально-медичних дослідженнях можуть бути використані також *антропометричні методи, матеріали клінічних медичних дисциплін і фізіології, етнографічні показники, географічні умови розміщення людей та ін.*

Для доповнення і поглиблення цих даних можуть бути проведені спеціальні дослідження. Так, наприклад, для отримання більш глибоких даних про захворюваність людей деяких професій використовують результати, отримані при медичних оглядах цього контингенту. Для виявлення характеру та міри впливу соціально-гігієнічних умов на захворюваність, смертність і фізичний розвиток, можуть бути використані методи спостереження, опитування та інструментального дослідження (*антропометрія, вивчення забрудненості повітря, води, ґрунту*).

1. **Об'єкт дослідження:** громадське (суспільне) здоров'я – здоров'я, як біологічне явище; як біосоціальне явище; зовнішні фактори, котрі формують здоров'я; системи і засоби охорони здоров'я.

2. **Проблемні задачі:** вивчення та вдосконалення морфо-функціональних якостей організму, вивчення та вдосконалення способу життя людини, вивчення та вдосконалення зовнішнього середовища, вивчення та вдосконалення системи охорони здоров'я.

3. **Цілі:** формування оптимального рівня біологічної надійності, формування здорового способу буття, формування оптимального середовища, формування оптимальних систем охорони здоров'я.

4. **Інтегральна мета:** забезпечення оптимального рівня суспільного здоров'я в реальних соціально-економічних умовах життєдіяльності.

Виконання основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я - збереження та зміцнення здоров'я населення та поліпшення якості медичної допомоги, розробка конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм і методів роботи окремих спеціалізованих служб не можливі без знання основних характеристик, тенденцій та закономірностей стану здоров'я населення.

Вивчення громадського здоров'я населення та вплив на нього соціальних чинників - найважливіша **складова частина соціальної медицини.**

Всесвітня організація охорони здоров'я дає таке тлумачення поняттю: "Здоров'я - це стан повного соціального, біологічного та психологічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем урівноважені з навколишнім середовищем, відсутні якісь захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти".

Коли мова йде про **популяційне (громадське) здоров'я**, тобто здоров'я населення та окремих його груп, треба мати на увазі, що єдиного критерію, за яким можна визначити стан здоров'я населення, наприклад, регіону, країни, міста, району, області, немає. В цьому разі в світовій статистиці прийнято використовувати комплексний підхід до визначення поняття "здоров'я" населення.

Здоров'я населення: умовне статистичне поняття, яке досить повно характеризується комплексом медичних показників:

1. Демографічних

(народжуваності, смертності, очікуваної тривалості життя та ін.)

2. Захворюваності

(загальної, інфекційної, госпітальної та ін.)

3. Фізичного розвитку

(морфо-функціонального та біологічного розвитку, гармонійності)

4. Інвалідності

(первинної та загальної)

5. Донозологічного стану

(імунітет, опірність систем, активність ферментів і ін.)

Об'єкти та суб'єкти системи громадського здоров'я

➤ **Об'єктом системи громадського здоров'я** є суспільні відносини, спрямовані на зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя шляхом об'єднаних зусиль суспільства.

➤ **Суб'єктами відносин у системі громадського здоров'я** є:

- 1) органи державної влади;
- 2) територіальні громади в особі органів місцевого самоврядування;
- 3) суб'єкти господарської діяльності, що отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики;
- 4) громадяни України, а також іноземці та особи без громадянства, які перебувають на території України на законних підставах;
- 5) міжнародні організації;
- 6) інші юридичні особи, громадські формування, що не мають статусу юридичної особи, які здійснюють діяльність на території України.

Десять основних оперативних функцій громадського здоров'я (ОФГЗ): Епіднагляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення.

1. Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.
2. Захист здоров'я, у тому числі забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо.
3. Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я.
4. Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я.
5. Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я і благополуччя.
6. Забезпечення сфери суспільної громадського охорони здоров'я достатньою кількістю кваліфікованими кадрами.
7. Створення стійких організаційних структур і забезпечення їх фінансування.
8. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.
9. Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування

відповідної політики і практики.

ОФГЗ 1. Епідагляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення

Опис оперативної функції: створення та забезпечення функціонування систем епідагляду з метою моніторингу частоти виникнення і поширеності хвороб, а також систем медико-санітарної інформації для кількісного оцінювання захворюваності і показників стану здоров'я населення. Іншими складовими цієї оперативної функції є оцінка показників здоров'я місцевих громад, виявлення проблем і нерівностей за показниками здоров'я конкретних груп населення, виявлення потреб і планування дій на основі об'єктивних даних.

ОФГЗ 2. Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я

Опис оперативної функції: моніторинг, виявлення і прогнозування найбільших біологічних, хімічних і фізичних ризиків для здоров'я на робочому місці і в навколишньому середовищі; застосування методів та інструментів оцінювання ризику у сфері гігієни навколишнього середовища; створення доступної інформації і попереджень для населення; планування і здійснення втручань, спрямованих на мінімізацію ризиків для здоров'я. Забезпечення готовності до управління надзвичайними ситуаціями, в тому числі складання відповідних планів дій; розробка систем для збору даних, профілактики та контролю захворюваності; застосування комплексного та орієнтованого на співпрацю підходу по відношенню до різних державних органів, які беруть участь в управлінні.

ОФГЗ 3. Захист здоров'я, у тому числі забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо

Опис оперативної функції: діяльність з оцінювання і комунікації ризиків, управління ними з метою забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці та харчових продуктів. Органи системи громадського здоров'я здійснюють нагляд за правозастосуванням дій, які впливають на здоров'я. Ця оперативна функція передбачає інституційну спроможність розробляти нормативні та правозастосовні механізми щодо захисту громадського здоров'я, здійснення епідагляду за хворобами і моніторингу дотримання встановлених нормативів, правил і стандартів, а також здатність видавати нові закони і нормативні положення, спрямовані на поліпшення здоров'я населення, забезпечення безпеки харчових продуктів, питної води і здорового навколишнього середовища.

ОФГЗ 4. Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я

Опис оперативної функції: зміцнення здоров'я – це процес надання людям можливості збільшити контроль за своїм здоров'ям і його детермінантами і таким чином поліпшити його стан.

ОФГЗ 5. Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я

Опис оперативної функції: профілактика хвороб націлена як на інфекційні, так і неінфекційні захворювання і включає конкретні заходи, які здійснюються значною мірою на індивідуальному рівні. Цей термін іноді використовується на додачу до оперативних функцій зі зміцнення та охорони здоров'я. Незважаючи на те, що компоненти змісту і стратегій цих функцій часто збігаються, визначення профілактики хвороб дано окремо.

ОФГЗ 6. Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я і благополуччя

Опис оперативної функції: розробка політики – це процес, що сприяє прийняттю інформованих рішень з питань громадської охорони здоров'я. Це процес стратегічного планування, в якому беруть участь усі внутрішні і зовнішні зацікавлені сторони і який визначає бачення, місію, вимірні цілі та заходи у сфері громадського здоров'я на рівні країн, регіональному та місцевому рівнях. Крім того, за останнє десятиліття зросла важливість оцінювання наслідків міжнародних процесів в охороні здоров'я для стану здоров'я населення країн. Гарантування якості пов'язано з розробкою стандартів для забезпечення якості індивідуальних і колективних медичних послуг щодо профілактики хвороб і зміцнення здоров'я, а також з оцінюванням цих послуг на основі наявних стандартів. Під час оцінювання слід виявляти слабкі місця в стратегічному

управлінні і функціонуванні, наданні ресурсів і послуг. Результати оцінювання слід урахувати в політиці та у процесах управління, організації, а також для виділення ресурсів для вдосконалення обслуговування.

ОФГЗ 7. Забезпечення сфери громадського здоров'я кваліфікованими кадрами достатньої чисельності

Опис оперативної функції: інвестиції в кадри для системи громадського здоров'я та їх розвиток є важливою передумовою забезпечення надання послуг і здійснення заходів у сфері охорони здоров'я. Кадри є найважливішим ресурсом для надання послуг громадського здоров'я. Ця оперативна функція передбачає базову та спеціальну підготовку, розвиток і оцінювання кадрів із метою ефективного розв'язання пріоритетних проблем громадського здоров'я і належного оцінювання заходів громадського здоров'я. Навчання не закінчується на університетському рівні. Для надання та вдосконалення послуг охорони здоров'я і розв'язання нових проблем громадського здоров'я необхідно постійно здійснювати навчання на робочому місці з питань економіки, біоетики, управління кадрами і менеджменту. Шляхом ліцензування фахівців громадського здоров'я визначають вимоги до майбутніх кадрів щодо відповідної підготовки та досвіду роботи у сфері охорони здоров'я. Кадри для сфери громадського здоров'я включають такі категорії, як практичні працівники громадського здоров'я, працівники сфери охорони здоров'я загалом та інші працівники, чия діяльність впливає на здоров'я людей.

ОФГЗ 8. Забезпечення міцних організаційних структур і фінансування

Опис оперативної функції: забезпечення міцних організаційних структур і фінансування означає створення механізмів надання ефективних комплексних послуг із мінімальним негативним впливом на довкілля і максимальним корисним ефектом для громадського здоров'я, які отримують належне фінансування, що створює можливість довгострокового планування з метою надійного захисту і зміцнення здоров'я людей сьогодні та в майбутньому. Поняття «фінансування» включає мобілізацію, накопичення і розподіл грошових коштів із метою задоволення потреб населення в охороні здоров'я на індивідуальному та колективному рівнях. Нормою для послуг із доведеною економічною ефективністю (як на рівні всього населення, так і на рівні індивідуальних послуг, які справляють широкі позитивні ефекти не лише на безпосереднього одержувача послуги) повноцінне державне фінансування. Механізми фінансування охорони здоров'я мають включати раціональні фінансові стимули для постачальників з метою забезпечення ефективного надання послуг та доступу до них усього населення. Водночас необхідно створювати стимули і для громадян, що забезпечують належний рівень користування послугами охорони здоров'я.

ОФГЗ 9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я

Опис оперативної функції: комунікація у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення медикосанітарної грамотності та поліпшення здоров'я окремих громадян і населення загалом. Вона є мистецтвом і технікою інформування, здійснення впливу і створення мотивації індивідів, аудиторій, організацій щодо важливих питань і детермінант (чинників) здоров'я. Комунікація покликана також розширювати можливості для доступу, розуміння і використання інформації з метою зниження ризику виникнення і профілактики хвороб, зміцнення здоров'я, орієнтування в послугах охорони здоров'я та користування ними, просування заходів політики у сфері охорони здоров'я та підвищення добробуту, якості життя та покращення здоров'я людей всередині спільноти.

ОФГЗ 10. Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики і практики

Опис оперативної функції: наукові дослідження мають найважливіше значення для обґрунтування політики та принципів надання послуг. Наукові дослідження можуть здійснюватися у форматах описових, аналітичних та експериментальних робіт. Ця оперативна функція включає:

– дослідження з метою збільшення бази знань для реалізації науково обґрунтованої політики на всіх рівнях;

–розробку нових методів досліджень, інноваційних технологій і рішень у сфері

охорони здоров'я;

– налагодження партнерства з дослідницькими центрами та академічними установами для здійснення своєчасних досліджень для прийняття рішень на всіх рівнях громадського здоров'я.

Послуги громадської охорони здоров'я – це послуги, пов'язані із здійсненням основних оперативних функцій громадської охорони здоров'я. Можуть надаватися силами системи охорони здоров'я або інших секторів (за межами даної системи), діяльність яких впливає на здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я в генеральній стратегії для національних служб охорони здоров'я "*Здоров'я для всіх у двадцять першому столітті*" визначила критерії, до яких мають прагнути всі країни. Для України вони можуть бути такими:

1. Повна доступність первинної безкоштовної медико-санітарної допомоги.
2. Відсоток валового національного продукту, який витрачають на охорону здоров'я (має дорівнювати 7-8 %, практично становить не більше 5 %).
3. Позитивний природний приріст населення в усіх областях (зараз у більшості областей природний приріст - негативний).
4. Відсоток дітей, які народжуються з масою тіла 2500 грамів і менше (має бути не більше 3,5 %).
5. Рівень смертності немовлят (не повинен перевищувати 9 на 1000 живонароджених, фактично протягом останніх років коливається в межах 12-15 ‰).
6. Середня тривалість життя від народження (має бути не менше 75 років, а становить 67,8).

Повноцінне збереження і зміцнення здоров'я можливо тільки при збігу інтересів і цілей як суспільства, так і органів влади, громадських і інших організацій. І тоді здоров'я варто розглядати як *соціально значимий феномен*, за рівнем і станом якого варто судити про ступінь розвиненості і благополуччя суспільства. Тому зниження рівня здоров'я населення, нації, його негативні тенденції, що намітилися, значно тривожніше, ніж інші, навіть самі похмурі, футурологічні прогнози в життєдіяльності суспільства, держави.

Отже, стратегічною метою політики і філософії служби здоров'я, як системи, повинна стати охорона, збереження і відновлення здоров'я кожної людини. При цьому одним із важливих напрямків діяльності держави і суспільства повинна стати розробка моделей поведінки людини в залежності від прогностичних варіацій клімато-погодних, екологічних, психо-емоційних, фізіологічних, медико-біологічних, соціально-економічних, правових та інших умов.

Питання для самопідготовки студентів:

1. Соціальна медицина та громадське здоров'я як наука.
2. Основні розділи та методи соціальної медицини.
3. Історія розвитку соціальної медицини і організації охорони здоров'я у світі, в Україні.
4. Визначення поняття «здоров'я»: індивідуальний, теоретичний, практичний та популяційний підходи.
5. Сучасний розвиток системи громадського здоров'я в Україні і світі.
6. Інфраструктура громадського здоров'я.

Лекція 2. Здоров'я населення: основні детермінанти

Актуальність теми:

Здоров'я - безцінне надбання не тільки кожної людини, але і всього суспільства. Здоров'я є основною умовою і запорукою повноцінного життя. Здоров'я допомагає нам виконати наші плани, успішно вирішувати основні життєві завдання, долати труднощі, а якщо доведеться, то й значні перевантаження.

Виконання основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я - збереження та зміцнення здоров'я населення та поліпшення якості медичної допомоги, розробка

конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм і методів роботи окремих спеціалізованих служб не можливі без знання основних характеристик, тенденцій та закономірностей стану здоров'я населення.

Вивчення здоров'я населення та вплив на нього соціальних чинників - найважливіша складова частина соціальної медицини.

Соціальні детермінанти здоров'я - це умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, включаючи системи охорони здоров'я. Ці обставини формуються під впливом розподілу грошей, влади і ресурсів на глобальному, національному та місцевому рівні, на які, в свою чергу, впливає проведена політика. Соціальні детермінанти здоров'я є основною причиною несправедливості по відношенню до здоров'я - несправедливих і запобіжних відмінностей в стані здоров'я, які спостерігаються всередині країн та між ними. Однак варто зауважити, що соціальні детермінанти здоров'я можуть проявлятися і на мікрорівні у вигляді соціально-психологічного клімату в сім'ї, індивідуальної поведінки (що або уберігає людину, або є саморуйнівною).

Забезпечення благополучного життя не є виключно завданням якого-небудь одного сектора або служби – це багатовимірна концепція, пов'язана з низкою детермінант. Деякі з детермінант благополуччя одночасно є детермінантами здоров'я, насамперед система охорони здоров'я і соціальний захист. Рівень доходу, отриманої освіти і статус зайнятості – найбільш важливі соціальні детермінанти здоров'я, які так само впливають на низку інших проміжних детермінант. Гендерні аспекти, професія, етнічна приналежність і місце проживання – усе це пов'язано з доступом людей до медичної допомоги, реальним досвідом її отримання й набутими в результаті перевагами. Такі фактори, як соціально-економічний статус і соціальна підтримка, уособлюють доступ до ресурсів, влади, коштів, необхідних для лікування і зміцнення здоров'я.

Система охорони здоров'я безпосередньо впливає на національну економіку, оскільки охорона здоров'я зазвичай є однією з найбільших сфер надання послуг. Оцінки її продуктивності варіативні, проте вона становить близько 7 % від ВВП в країнах ЄС-15, що більше за сферу фінансових послуг або сферу роздрібної торгівлі (5% кожна). Економічна значущість охорони здоров'я зумовлена безпосереднім впливом на ринок праці. Ця сфера є більш працемісткою, ніж виробництво або інформаційні послуги. Наприклад, 9,3 % всього населення (у віці 15–64 років) працюють у сфері охорони здоров'я і соціальній сфері в країнах ЄС-27.

Здоров'я підвищує економічну продуктивність і національний дохід, який може сприяти зростанню соціального благополуччя (більш здорові люди мають вищу продуктивність праці). Здоров'я може робити внесок у бюджетне зростання завдяки економії витрат на охорону здоров'я (добре здоров'я скорочує попит на медичне обслуговування, як поточне, так і в перспективі). Отже, здоров'я відіграє центральну роль у зростанні матеріального добробуту і соціального благополуччя (система охорони здоров'я є каталізатором процесу).

Перші дискусії стосовно ролі зовнішніх чинників для здоров'я розгорнулися ще у XIX ст., однак до 1950-х років провідними серед них фахівці вважали біологічні та фізичні. Поступово науковці зміщували акцент на вивчення чинників, а згодом і детермінант здоров'я як предметів дослідження здоров'я населення. При цьому кардинальної, принципової різниці між категоріями «чинник» та «детермінанта» немає. Низка трактувань категорії «детермінанта» визначає її як чинник, зокрема: «універсальний чинник, який стимулює інтегрування окремих реалій суспільної дійсності в соціальні рамки або середовище, які вже існують (щойно виникли, відомі давно, створені штучно)». Як чинник визначає «детермінанту» й Оксфордський словник: «детермінанта – це чинник, який здійснює вирішальний вплив на характер або результат чогось».

«Детермінанта» є, по суті, тим самим чинником, але з більш конкретизованим впливом на об'єкт дослідження. Чинники можуть впливати опосередковано або безпосередньо не впливати у той час, коли триває дослідження, тобто бути потенційними. Це не характерно для детермінант, які обов'язково впливають на об'єкт чи результат. Наприклад, захворювання на рак легенів може бути викликано низкою чинників: шкідливими звичками, спадковістю, станом довкілля тощо. Однак у випадку, якщо хворий тривалий час палить, саме тютюнопаління буде детермінантою даної хвороби. Наведений приклад ілюструє застосування категорії «детермінанта» з позиції медичної концепції (людина буде здорова або захворіє). Це є достатньо вузьким розумінням проблеми. Одне із завдань, які ми намічаємо для себе – це зміна мислення стосовно здоров'я в Україні як на державному, так й на індивідуальному рівнях. Тому наведений приклад необхідно розглядати під іншим кутом зору: «Чому людина здорова і не захворіла на рак легенів?» Відповідь

– вона ніколи не палила, дотримувалась здорового способу життя і т. д. У цьому випадку ми маємо на увазі детермінанти здоров'я, а не хвороби, зокрема тютюнопаління (його відсутність). Тобто відсутність тютюнопаління є однією з детермінант, які визначають здоров'я населення та суттєво знижують ймовірність його погіршення.

Враховуючи викладене «детермінанти здоров'я» як умови, які визначають відмінності у здоров'ї окремих людей, груп населення чи населення країни у цілому. На нашу думку, можна виділити принаймні п'ять напрямів, в яких емпіричне дослідження детермінант здоров'я може мати цінність для його зміцнення, профілактики захворювань і передчасної смертності.

Частково на цьому наголошує й Комісія ВООЗ із соціальних детермінант здоров'я в пізніших звітах, висвітлюючи, щоправда, соціальні детермінанти: «краще вести мову про структурні детермінанти, а не «дистальні чинники». Тому пропонуємо вдосконалити наявний дворівневий поділ детермінант здоров'я шляхом диференціювання його на три рівні:

1) контекстуальний – створення передумов для формування детермінант структурного рівня;

2) структурний, пов'язаний із особливостями груп населення: територіальних, демографічних, соціальних, етнічних тощо. Часто, попри спільні детермінанти контекстуального рівня здоров'я, у різних групах населення здоров'я неоднакове. Ці відмінності пов'язані, власне, із впливом на здоров'я детермінант структурного рівня;

3) проксимальний рівень – детермінанти, пов'язані з індивідуальними особливостями кожної людини, її поведінкою стосовно здоров'я, можуть залежати від детермінант контекстуального та структурного рівнів. Такий поділ дасть змогу комплексно дослідити детермінанти здоров'я на всіх рівнях їх формування, а в умовах рамкових досліджень допоможе сконцентрувати увагу на детальнішому вивченні механізму, за яким детермінанти того чи іншого рівня визначають здоров'я.

Контекстуальний рівень. Якщо провести аналогію з «річкою життя» А. Антоновського (А. Antonovsky, 1979), то цей рівень – це початок річки (стрілка на рис. 1). Він охоплює детермінанти, на які часто не звертають увагу, тому що вони не є першопричиною хвороб, але ж саме вони у багатьох випадках можуть забезпечити фундамент для доброго здоров'я, адже від них залежать детермінанти нижчого рівня та їх прояви у майбутньому. Тобто, детермінанти контекстуального рівня, до яких належать глобальні та суспільно-політичні процеси діють на здоров'я населення, як правило, опосередковано, через детермінанти нижчих рівнів.

До глобальних можна віднести детермінанти здоров'я, найбільш віддалені від окремої людини, які мають на неї вплив. Вони пов'язані зі складним явищем глобалізації – всесвітньої інтеграції технологічних, економічних, соціальних, культурних, інституційних, екологічних та інших процесів. Зв'язок між глобалізацією і здоров'ям є багатоманітним, глобалізація може вплинути на здоров'я незліченними способами. Наслідки її можуть бути прямими – на рівні населення в цілому чи окремих осіб, або опосередкованими, через економіку та інші детермінанти, такі як освіта, культура тощо.

До глобальних детермінант можна віднести глобальні структури управління, економічну глобалізацію, міжнародну торгівлю, міжнародну міграцію, глобальні соціальні взаємодії (міграція, конфлікти, соціальний капітал та мережі зв'язку), глобальну зміну клімату тощо. Ці детермінанти можуть позитивно або негативно впливати на формування здоров'я. Позитивно впливають, наприклад, глобальні структури управління, такі як ВООЗ, Світовий банк (СБ), Світова організація торгівлі (СОТ) та ін. Остання, зокрема, у 2002 році заборонила імпорту продуктів, які містять шкідливий для здоров'я азбест. СБ у свою чергу відзначає важливість доброго здоров'я для економічного розвитку і фокусується на досягненні цілей розвитку тисячоліття. Разом з Міжнародним валютним фондом (МВФ) СБ відіграє значну роль у глобальному управлінні охороною здоров'я. Так, у 2015 році СБ представив «Стратегію викорінення крайньої бідності до 2030 року», що безперечно матиме позитивні наслідки для здоров'я населення.

Надзвичайно важлива роль у регулюванні здоров'я населення на глобальному рівні належить ВООЗ, яка приділяє значну увагу соціальним детермінантам. Так, на Всесвітній конференції з соціальних детермінант здоров'я (Ріо-де-Жанейро, Бразилія, 2011) наголошено, що зменшення несправедливості щодо здоров'я насамперед може бути досягнуто за допомогою впливу на соціальні детермінанти здоров'я.

На те, як людина взаємодіє з глобальним і навколишнім середовищем, суттєво впливає національна політика. Наприклад, забезпечення мешканців України, які потребують ліків

іноземного виробництва, залежить від національних законів або правил, що дозволяють їх імпортувати. Таким чином глобальні детермінанти пов'язані з суспільно-політичними. Останні діють у межах певної країни. До них ми відносимо: рівень демократії, рівень корупції, політичну обстановку та ефективність державного управління.

Демократія – це сукупність принципів і практичних заходів, які захищають свободу людини. У демократичних країнах саме народ має суверенну владу над законодавцем та урядом. З одного боку, рівень демократії може впливати на здоров'я, незалежно від результатів дії інших детермінант здоров'я. З іншого, він може мати наслідки для здоров'я населення опосередковано, наприклад, через соціально-економічні процеси.

Низькі показники демократії українського суспільства (у 2012 р. за комбінованим індексом демократії Україна займала лише 84 місце серед 165 країн) є однією з проблем, без розв'язання яких неможливе нормальне функціонування системи охорони здоров'я. Прискорення демократизації суспільства дасть змогу політичним інститутам ефективніше розв'язувати проблеми, пов'язані зі збереженням здоров'я, зокрема через запровадження загального медичного страхування, поліпшення медичних послуг та збільшення доступності програм зі збереження здоров'я. Прикладом таких інститутів за кордоном є Національна служба охорони здоров'я Великої Британії або Організація медичного страхування Канади.

Політична ситуація – це конкретне співвідношення політичних сил, сукупність подій, результат політичної діяльності. Вона може бути стабільною і нестабільною (конфліктною); простою і складною; реальною, поточною, можливою, тощо. Вплив політичної ситуації на здоров'я населення досліджено не належним чином. Наприклад, політична стабільність поряд із демократичними засадами є запорукою ефективності діяльності соціальних інститутів, дотичних до питань охорони здоров'я. Проблеми, пов'язані з політичною стабільністю (нестабільністю), унаочнені недавніми подіями в Україні: збройний конфлікт на території країни має масштабні наслідки для здоров'я. Точної офіційної статистики з приводу показників захворюваності та смертності у зоні конфлікту немає, однак світовий досвід показує, що на території конфлікту, по-перше, зростають показники смертності, інвалідності й захворюваності населення; по-друге, значно обмежується доступ до медичних послуг; по-третє, уряд вимушений збільшувати військові витрати, що за браку фінансових ресурсів негативно позначається на фінансовому забезпеченні інших державних сфер, у тому числі охорони здоров'я.

Рівень корупції є одним із визначальних чинників розвитку суспільства та здоров'я зокрема. Варто виділити два аспекти корупції та її впливу на здоров'я. Перший пов'язаний із загальною корумпованістю в суспільних інститутах, що знижує ефективність діяльності освітніх, культурних установ, закладів соціальної інфраструктури, екологічних організацій, тобто всіх структур, які пов'язані з формуванням здоров'я населення. Другий аспект стосується корупції у, власне, сфері охорони здоров'я. У рейтингу 2013 року Україна мала високі показники корупції й опинилась на 144 місці (серед 175 країн). Корумпованість в українській системі охорони здоров'я набула загрозливих для здоров'я населення масштабів. Низка корупційних схем, насамперед пов'язаних із державними закупівлями та дозвільною системою Міністерства охорони здоров'я, позбавляють багатьох українців повноцінного лікування та збереження здоров'я.

Протягом багатьох років розкрадаються бюджетні кошти, що виділяються на медицину в сфері дитячої та дорослої онкології, розсіяного склерозу, ВІЛ/СНІД, гепатиту, гемофілії та ін. Наприклад, Україна забезпечує ліками лише 43% ВІЛ-інфікованих та 88,3 % хворих на туберкульоз. Навіть придбані державою ліки часто невчасно надходять до хворих, що спричиняє вимушене переривання процесу лікування. Як результат, кожен восьмий ВІЛ-інфікований українець помирає через відсутність ліків, кожен третій ВІЛ-інфікований хворіє на туберкульоз. За рівнем смертності від туберкульозу Україна займає перше місце у Європі – 18 осіб на 100 тис. населення (у середньому по Європейському Союзу – 0,95). Усе це дає підстави говорити про вкрай негативний вплив корупції на здоров'я населення.

Ефективність державного управління. Результативність системи охорони здоров'я, поліпшення детермінант здоров'я ґрунтуються на інституціональній основі, яка полегшує процес прийняття рішень на всіх рівнях державного управління. Для цього необхідна стійка міжвідомча співпраця між урядовими установами на місцевому, регіональному та державному рівнях й ефективніша реалізація політики зі створення або зміцнення законодавчої бази.

детермінант структурного рівня впливають на здоров'я населення безпосередньо, однак при цьому не визначають його індивідуальних особливостей.

Детермінанти, які визначають здоров'я населення на структурному рівні, можна об'єднати у групи: соціальні, економічні, культурні, медичні та екологічні. Цей поділ має певний аспект умовності, адже низку детермінант можна віднести одночасно до кількох груп.

Зокрема освіта має як соціальні, так і культурні витoki, а також певним чином економічні. Наявність освіти загалом та освіти щодо здоров'я означає, що людина може отримувати, узагальнювати і розуміти основну інформацію, яка необхідна для прийняття відповідних рішень стосовно збереження здоров'я. Така освіта також передбачає здатність розуміти інструкції до медичних препаратів, які відпускають за рецептом, листків призначення, медичних освітніх брошур тощо. Тому освіта є важливою детермінантою здоров'я і результатом взаємодії різних сфер життєдіяльності суспільства.

Незважаючи на певні суперечності, пов'язані із віднесенням детермінант до певних груп, таке групування є необхідним, адже дає змогу виявити значимість тої чи іншої сукупності детермінант для здоров'я.

Деталізація і конкретизація детермінант здоров'я населення відбуваються **на проксимальному (індивідуальному) рівні**. На цьому рівні детермінанти також варто об'єднати у соціальні, економічні, культурні та екологічні групи. Однак, на відміну від структурного рівня, склад детермінант цих груп та механізм їхньої дії є дещо іншим. Наприклад, вплив одних з більш визначальних для здоров'я на структурному рівні соціальних детермінант може проявлятися по-різному не тільки в групах населення (територіальних, соціальних тощо), а й стосовно окремих людей у межах цих груп. Причому це відбувається попри наявність спільних демографічних, біологічних та інших ознак. Поряд з іншим, існують відмінності у здоров'ї окремих осіб у межах груп населення за умови однакового впливу соціальних детермінант структурного рівня, пов'язані з індивідуальним способом життя (поведінкою) на проксимальному рівні.

Тому перспективами подальших розвідок є виокремлення ключових показників, які характеризують детермінанти здоров'я, з'ясування ролі тих чи інших детермінант у формуванні здоров'я населення України та її окремих регіонів в умовах нинішньої суспільно-економічної реальності.

Особливу увагу необхідно зосередити на соціально-економічних детермінантах: виявленні кореляційних залежностей між ними та показниками здоров'я населення в сучасних умовах з метою розробки заходів щодо підвищення ефективності державної політики у сфері збереження здоров'я, зниження смертності та захворюваності населення, пошуку резервів для економії фінансових ресурсів, які витрачаються на медицину.

Питання для самопідготовки студентів:

1. Провідні групи чинників, що впливають на здоров'я населення.
2. Фактори ризику, які впливають на здоров'я: класифікація, методи вивчення.
3. Цільові підходи до визначення поняття «здоров'я». Показники здоров'я населення. Тягар хвороб.
4. Провідні групи чинників, що впливають на здоров'я населення, їх класифікація. Епідагляд та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення.

Лекція 3. Медико-соціальні проблеми демографічних процесів.

Одним з основних завдань економічного та соціального розвитку країни є проведення ефективної демографічної політики, спрямованої на збільшення тривалості життя, трудової активності, збереження та зміцнення здоров'я населення.

Демографічні дані широко використовуються при плануванні заходів із охорони здоров'я, для комплексної оцінки стану здоров'я населення, складання науково - обґрунтованих прогнозів і цілеспрямованої організації медичної допомоги.

Ось чому серед медичних показників здоров'я населення важливу роль відіграють демографічні показники.

Демографія – наука про населення (від “ демос ” – народ, “ графо ” – описувати), або інакше

статистика населення.

Статистичне вивчення населення проводиться за двома основними напрямками:

1. Характеристика населення на певний час (його численність, склад особливості розселення тощо) – так звана **статистика населення**;

2. Характеристика процесів зміни чисельності населення – **динаміка чи рух населення**. Останній у свою чергу поділяється на механічний рух населення (зміни, що відбуваються під впливом переселень – міграційних процесів) і так званий природний рух населення (зміни, що відбуваються внаслідок народжуваності та смертності і характеризують процеси відтворення населення).

Основним джерелом інформації про чисельність і склад населення є *перепис населення*. Чисельність населення України на початок 2018 року за даними Державної служби статистики становила 42 386,4 тис. осіб, з них 29 315,2 тис. осіб (69,2%) припадало на міське населення 13 121,3 тис. осіб (30,8%) – на мешканців сільської місцевості. Отже, в структурі переважає міське населення, тобто має місце тенденція урбанізації.

Статеву структуру населення обумовлена перш за все різним рівнем смертності серед чоловіків і жінок, на що впливають як біологічні, так і соціальні чинники. На великих популяціях співвідношення числа народжень хлопчиків і дівчаток стабільне: на 100 дівчаток народжується 104-105 хлопчиків. Ось чому серед дітей переважають хлопчики; в молодому та середньому віці (з 37 років і старше) чисельність жінок перевищує чисельність чоловіків внаслідок більш високої смертності чоловіків.

На початок 2018 року чисельність жіночого населення України складала 22,8 млн осіб (53,8%), а чоловічого населення – 19,6 млн. осіб (46,2%). На кожні 1000 чоловіків припадає 1159 жінок.

Для вікової структури населення України характерні дві найважливіші тенденції:

- зменшення частки дітей (16,2%);

- зростання питомої ваги населення старших вікових груп (22,5%).

Поглиблення процесу постаріння населення України обумовлено, головним чином, зниженням рівня народжуваності.

Зменшення частки дітей у структурі населення, з одного боку, та зростання частки осіб старших вікових груп, з другого, призводить до зростання економічного навантаження на працездатний вік. Розраховують показник “ демографічного навантаження ” як співвідношення дітей і осіб пенсійного віку до чисельності працездатного населення.

Аналізуючи вікову структуру населення, визначають у його структурі частку осіб 0-14, 15-49 та 50 років і старше. Це дає змогу визначити тип вікової структури населення, що проживає на тій чи іншій території.

При прогресивному типі вікової структури частка дітей (0-14 років) перевищує частку населення у віці 50 років і старше.

Для регресивного типу вікової структури характерно, що частка людей старшого віку переважає частку осіб 0-14 років.

Стаціонарним вважається тип вікової структури населення, в якій частка осіб у віці 0-14 років приблизно дорівнює частці осіб у віці 50 років і старше. Для України, в цілому, характерний регресивний тип вікової структури, який притаманний також і сільському населенню, а прогресивний має місце серед міського.

Визначення поняття “ народжуваність ” досить складне. Потрібно розрізняти такі поняття як живонародження та мертво-народження.

Живонародження є повне вигнання чи витягнення продукту зачаття з організму матері незалежно від терміну вагітності, який після такого відокремлення дихає чи виявляє інші ознаки життя, такі як: серцебиття, пульсація пуповини чи відповідні рухи довільної мускулатури незалежно від того, перерізана пуповина чи ні, чи відшарувалась плацента. Кожен продукт такого народження вважається живонародженим.

Смерть плода – є смерть продукту зачаття до його повного вигнання чи вилучення з організму матері незалежно від тривалості вагітності: на це вказує той факт, що після такого відокремлення плід не дихає чи не виявляє інших будь-яких ознак життя, таких як: серцебиття, пульсація пуповини чи відповідні рухи довільної мускулатури.

Народжуваність, як і інші демографічні явища, визначається за допомогою статистичних

показників.

Перш за все розраховується **загальний показник народжуваності**. Як і більшість показників природного приросту, він визначається числом народжених у розрахунку на 1000 населення:

Загальний показник народжуваності = $\frac{\text{Число народжених живими за рік} \times 1000}{\text{Середньорічна чисельність населення}}$ (частота народжуваності)

Але більш точно процес відтворення населення можна охарактеризувати, якщо розраховувати **народжуваність** не серед усього населення, а лише **серед жінок фертильного віку (15-49 років)**. Цей показник називається спеціальним показником народжуваності і розраховується таким чином:

Спеціальний показник народжуваності = $\frac{\text{Число народжених живими за рік} \times 1000}{\text{Число жінок у віці 15-49 років}}$

Крім вище означеннях, застосовуються ще такі спеціальні показники:

- **сумарний показник відтворення населення** - кількість дітей, народжених жінкою протягом фертильного періоду її життя (15-49 років);

- **брутто - коефіцієнт відтворення** - кількість дівчаток, народжених жінкою у віці 15-49 років;

- **нетто-коефіцієнт**, або очищений показник відтворення, - кількість дівчаток, народжених у середньому однією жінкою за весь репродуктивний період її життя, що досягли віку, в якому була жінка при їх народженні.

Загальний показник смертності характеризує частоту випадків смерті за рік на 1000 населення, що проживає на конкретній території. Його розраховують так:

Загальний показник смертності = $\frac{\text{Число померлих за рік} \cdot 1000}{\text{Середньорічна чисельність населення}}$

Спеціальні показники смертності – це смертність за статтю (у чоловіків і жінок), за віком (в окремих вікових групах) і за причинами (від окремих класів, груп і нозологічних форм захворювань).

Материнська смертність – це статистичне поняття, пов'язане зі смертю жінки під час вагітності чи протягом 42 днів після її закінчення, незалежно від тривалості та локалізації вагітності, від будь-якої причини, пов'язаної з вагітністю чи обтяженою нею, чи з її веденням, але не від нещасного випадку чи інших випадкових причин.

Пізня материнська смертність пов'язана зі смертю жінки від прямих або непрямих акушерських причин, пізніше ніж через 42 доби, але раніше одного року після закінчення вагітності.

Смерть, що пов'язана з вагітністю, - це смерть жінки під час вагітності чи в межах 42 днів після її закінчення, незалежно від причини смерті.

Випадки материнської смертності поділяють на 2 групи:

1. *Безпосередньо пов'язані з акушерськими причинами* – це випадки, які є результатом акушерських ускладнень стану вагітної, а також втручань, недогляду, помилок у лікуванні.

2. *Опосередковано пов'язані з акушерськими причинами* – випадки, які є наслідком якоїсь хвороби, яка була в жінки раніше чи розвинулась під час вагітності та яка не була викликана безпосередньо акушерськими причинами, але була ускладнена фізіологічним впливом вагітності.

Смертність немовлят – один із вікових показників смертності. Він характеризує частоту смерті дітей на 1-му році життя.

Формула розрахунку рівня смертності немовлят за рекомендаціями ВООЗ така:

Число померлих у віці 15 Число померлих у віці до 1

року з покоління

до 1 року з покоління

$$\text{Рівень смертності немовлят} = \frac{\text{поточного року} \cdot 1000}{\text{Число дітей, що народилися живими у поточному році}} + \frac{\text{минулого року} \cdot 1000}{\text{Число дітей, що народилися живими у минулому році}}$$

Окремо виділяють смертність у *неонатальний, ранній неонатальний та постнеонатальний періоди життя дитини.*

Неонатальний період починається з народження дитини та закінчується через 28 повних днів після народження.

Неонатальна смертність – смертність серед народжених живими протягом перших 28 повних днів життя – визначається за формулою:

$$\frac{\text{Число дітей, що померли протягом перших 28 повних днів життя} \cdot 1000}{\text{Число народжених живими в поточному році}}$$

Ранній неонатальний період охоплює перші сім днів або 168 годин життя. Смертність у ранньому неонатальному періоді визначається так:

$$\frac{\text{Число померлих протягом 7 днів (168 годин життя)} \cdot 1000}{\text{Число народжених живими в поточному році}}$$

Серед дітей, що помирають на першому місяці життя, 2/3 (60-70 %) складають випадки смерті в ранньому неонатальному періоді, тобто в перші 7 днів життя.

В свою чергу, питома вага неонатальної смертності в загальній смертності немовлят у більшості країн становить 50-60 %, а в деяких досягає 70 %.

Період життя дитини після перших повних 28 днів називають **постнеонатальним** (29 днів-12 місяців). Смертність у цьому періоді визначають за формулою:

$$\frac{\text{Число дітей, що померли у віці 29 днів-12 місяців} \cdot 1000}{\text{Число дітей, що народилися живими} - \text{Число дітей, що померли в поточному році на першому місяці життя}}$$

Рівні та тенденції смертності немовлят у значній мірі визначаються **перинатальною смертністю** – це смертність дітей в перинатальному періоді.

Перинатальний період складається з:

- *антенатального* – з 28 тижня вагітності до початку пологів;
- *інтранатального* – період пологів;
- *постнатального* – 7 повних днів життя новонародженого чи 168 годин після народження.

Рівень перинатальної смертності визначається за формулою:

$$\frac{\text{Число дітей, що народилися} + \text{Число дітей, що померли протягом} \cdot 1000}{\text{Число дітей, що народилися живими та мертвими}}$$

Таким чином, перші сім днів життя враховують для розрахунку показників смертності немовлят і перинатальної смертності.

Серед демографічних показників є ще один, який використовується для інтегральної оцінки стану здоров'я населення – **середня очікувана тривалість життя (СОТЖ)** – це середнє число років, що належить прожити поколінню, яке народилося (ровесникам певного віку) при умові, якщо протягом наступного життя показники смертності будуть такими ж, як і в роки, для яких робились розрахунки.

СОТЖ на території України
(динаміка у роках)

	Середня очікувана тривалість життя при народженні		
	обидві статі	чоловіки	жінки
1990	70,42	65,60	74,82
1991	69,56	64,62	74,21
1992	68,97	63,81	73,98
1993	68,29	63,16	73,35
1994	67,66	62,39	72,95
1995	66,79	61,22	72,54
1996	67,08	61,52	72,80
1997	67,66	62,23	73,19
1998	68,50	63,17	73,84
1999	68,07	62,62	73,61
2000	67,72	62,10	73,53
2001	67,89	62,32	73,63
2002	68,32	62,70	74,13
2003	68,24	62,64	74,06
2004	68,22	62,60	74,05
2005	67,96	62,23	73,97
2006	68,10	62,38	74,06
2007	68,25	62,51	74,22
2008	68,27	62,51	74,28
2009	69,29	63,79	74,86
2010	70,44	65,28	75,50
2011	71,02	65,98	75,88
2012	71,15	66,11	76,02
2013	71,37	66,34	76,22
2014	71,37	66,25	76,37
2015	71,38	66,37	76,25
2016	71,68	66,73	76,46
2017	71,98	67,02	76,78

¹ Дані розраховано за два суміжні роки.

² Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та адміністративних даних по частині тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

³ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та даних по Донецькій і Луганській областях.

Комплекс демографічних показників – рівень і структура загальної смертності та смертності немовлят, середня очікувана тривалість життя, питома вага осіб старше 60 років, тип вікової структури населення, переважання в структурі смертності тих або інших класів захворювань, поширеність хронічних неепідемічних хвороб – дозволяє визначити в тій чи іншій країні тип патології населення. Розрізняють країни з неепідемічними, епідемічними і проміжними типами патології.

Лекція 4. Захворюваність населення як медико-соціальна проблема

Актуальність теми:

Стан здоров'я населення є показником соціально-економічного розвитку країни, невід'ємною складовою рівня та якості життя людей. Сучасний рівень розвитку економіки України та її регіонів характеризується кардинальними змінами в усіх сферах діяльності, у тому

числі і у системі охорони здоров'я, від ефективності функціонування якої залежить здоров'я нації – найвищої цінності держави. Здоров'я людини визнається у світі настільки важливим, що ця характеристика першою входить до індексу людського розвитку – універсального показника рівня суспільного розвитку тієї чи іншої країни.

Матеріали про рівень і структуру захворюваності в різних регіонах, а також в окремих статевікових групах, особливо в динаміці за ряд років, необхідні для цілеспрямованої розробки програм щодо зміцнення здоров'я населення, зокрема при плануванні розвитку мережі лікувально-профілактичних закладів і підготовки медичних кадрів.

Показники захворюваності є одним із найбільш інформативних критеріїв діяльності органів і закладів охорони здоров'я та ефективності проведення лікувальних, профілактичних, соціальних та інших заходів.

Захворюваність населення посідає особливе місце в комплексі медико-соціальних показників, адже саме вона є основною причиною смертності, а також тимчасової та стійкої втрати працездатності населення, що в свою чергу призводить до значних економічних втрат суспільства, негативно впливає на здоров'я майбутніх поколінь і зменшення чисельності населення. Показники захворюваності населення є одними із найбільш інформативних критеріїв діяльності органів і закладів охорони здоров'я та ефективності проведення лікувальних, профілактичних, соціальних та інших заходів.

Соціально-економічні негаразди, що спостерігаються останнім часом у нашій державі, призвели до зниження рівня і якості життя населення та погіршення стану його здоров'я. Серед факторів, що зумовлюють негативні тенденції у стані здоров'я населення, варто виділити постійне погіршення екологічної ситуації, бідність, спосіб життя та побуту, неякісне та незбалансоване харчування, зловживання алкоголем, поширення наркоманії, тютюнопаління тощо. Не останнє місце у погіршенні стану здоров'я відіграє стан системи охорони здоров'я та якість надання медичних послуг. Слід зазначити, що саме стан здоров'я населення є індикатором рівня медичного обслуговування на певній території.

Захворюваність населення - збірне поняття, що включає в себе *показники*, які характеризують *рівень* різних захворювань та їх *структуру* серед усього населення або окремих його груп на даній території.

Загальна захворюваність враховує поширеність усіх хвороб серед усього населення в цілому та окремих захворювань у певних його групах на даній території за результатами звертань.

Показники загальної захворюваності дають змогу оцінити рівні захворювань, виявлених і зареєстрованих у амбулаторно-поліклінічних закладах протягом календарного року. Загальна захворюваність вивчається на основі поточної реєстрації усіх первинних звертань хворих. Первинним звертанням при хронічних захворюваннях вважається перше звертання в даному році. При гострих захворюваннях, які можуть мати місце кілька разів протягом року, враховується перше звертання з приводу кожного випадку. Джерелом інформації про загальну захворюваність є два документи: "Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів" (ф. № 074/о) та "Медична карта стаціонарного хворого" (ф. № 003/о).

Інформація згаданих вище облікових документів є основою для складання "Звіту про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу" (ф. № 12).

Розрізняють такі основні показники загальної захворюваності:

- первинна захворюваність - рівень вперше зареєстрованих захворювань за календарний рік на даній території; при цьому враховуються всі гострі та вперше встановлені протягом року хронічні захворювання;
- загальна захворюваність, або поширеність захворювань, рівень усіх зареєстрованих захворювань за календарний рік: гострих і хронічних (зареєстрованих при першому звертанні в поточному році, а виявлених як в поточному, так і в попередні роки);
- структура первинної та загальної захворюваності населення.

Спеціальні види захворюваності

При вивченні захворюваності за даними звертань за медичною допомогою розрізняють *такі її види:*

1. **загальна захворюваність** - облік всіх захворювань (гострих і хронічних), які зареєстровані у населення певної території за певний період;

2. **інфекційна захворюваність** - спеціальний облік гострих інфекційних захворювань, пов'язаний з необхідністю оперативного проведення протиепідемічних заходів;

3. **захворюваність на найважливіші неепідемічні захворювання** підлягає спеціальному обліку внаслідок їх епідеміологічного та соціального значення (злаякісні новоутворення, туберкульоз, венеричні, психічні захворювання тощо);

4. **госпітальна чи "госпіталізована" захворюваність** дає можливість вивчити склад хворих, що лікувались у стаціонарі;

5. **захворюваність з тимчасовою втратою працездатності** робітників і службовців виділяється внаслідок її соціального та економічного значення.

Кожен з цих видів захворюваності вивчається за певними *обліковими документами* та оцінюється за різними *показниками*.

Загальна захворюваність. За даними звертань населення за медичною допомогою протягом останніх десятиріч рівні поширеності усіх хвороб знаходяться в межах від 1100 до майже 1500 випадків захворювань на 1000 населення, рівні первинної захворюваності, відповідно, 600-800 ‰.

З окремих захворювань найбільш високі рівні поширеності притаманні хворобам системи кровообігу, органів дихання та органів травлення. На три вищезазначені класи припадає 55 % випадків серед усіх зареєстрованих хвороб. Серед вперше зареєстрованих протягом року захворювань найбільші рівні мають хвороби органів дихання, нервової системи та органів чуття, травми та отруєння.

Існують досить суттєві відмінності як показників поширеності, так і первинної захворюваності за віком. Найбільш високі рівні як поширеності, так і первинної захворюваності реєструються серед дитячого населення, особливо у дітей до 1 року - близько 2000 випадків на 1000 населення.

Зі збільшенням віку первинна захворюваність зменшується. Вказана тенденція пов'язана зі зменшенням звертань за медичною допомогою, на що істотно впливає відсутність потреби в одержанні лікарняного листа у більшій частині осіб пенсійного віку. Загальні тенденції рівнів первинної захворюваності серед чоловіків і жінок майже однакові, а поширеність хвороб у жінок вища, ніж у чоловіків.

Основні тенденції окремих видів захворюваності в різних регіонах світу та в Україні

У розвинутих країнах світу спостерігається "неепідемічний тип патології", однією з ознак якого є те, що більшість населення багатьох країн помирає з причин, що пов'язані з хронічними неепідемічними захворюваннями (ХНЗ): хворобами системи кровообігу (ХСК) та злаякісними новоутвореннями (ЗН). Значну частку становить смертність від травм, підвищується смертність від психічних розладів. Це так звані "хвороби цивілізації".

У країнах, що розвиваються, більшість населення вмирає з причин, пов'язаних із інфекційними та паразитарними захворюваннями – "епідемічний тип патології".

Є країни, що займають проміжне становище та мають "проміжний тип патології", де значна смертність від хронічних неепідемічних захворювань межує з високими рівнями смертності від інфекційних і паразитарних хвороб.

Трансформація патології населення світу призвела до того, що більшість інфекційних хвороб, які становили основну причину втрат населення світу, поступилися своїм місцем "мовчазним вбивцям ХХІ сторіччя" – хронічним неепідемічним захворюванням. Серед них виділяють найважливіші, значення яких невинно зростає. До найважливіших захворювань відносять хвороби системи кровообігу, злаякісні новоутворення, травми, психічні розлади, наркоманії, туберкульоз і СНІД.

Більшість ХНЗ хвороб обумовлені розвитком цивілізації, їх значення за прогнозом зростатиме в ХХІ ст. Медико-соціальне значення найважливіших захворювань обумовлене зростанням їх ролі в структурі захворюваності та смертності населення світу, провідним місцем у інвалідизації, що обумовлює зростання потреби в спеціалізованій медичній допомозі та підвищення витрат на охорону здоров'я суспільства та особистості.

Загальні причини та механізми виникнення та розповсюдження ХНЗ спільні, універсальні, стосуються всього людства. Формується феномен "соціальної дезадаптації", внаслідок чого виникають хвороби та відхилення в соціальній поведінці.

Універсальні загальні чинники виникнення "хвороб цивілізації та соціальної дезадаптації" полягають у тому, що людина створила нове, незвичне для фізіологічних процесів організму

середовище, внаслідок гіпертрофованої чи безконтрольної фізичної та соціальної діяльності, що призводить до патологічних порушень у її організмі.

Першочергове негативне значення при розвитку цивілізації набувають соціальні фактори:

зміни особливостей харчування;

забруднення атмосферного повітря, ґрунту, води;

радіаційне забруднення;

зміна ритмів життя, перевтома, нервові напруження внаслідок підвищення темпів життя взагалі, а також на виробництві;

гіподинамія;

надмірна технізація та інформатизація, які впливають на фізичне та психічне здоров'я людства.

Але, треба зауважити, проблема полягає не у фатальності розвитку дезадаптації, а в складності попередження порушень механізму адаптивних реакцій при конкретних хворобах. Це можливо тільки на основі комплексного вивчення ролі різних чинників ризику, патогенезу розвитку хвороб, широкомасштабних соціально-гігієнічних досліджень різного рівня та підвищенні відповідальності кожного за своє здоров'я.

Хвороби системи кровообігу

Основними хворобами, які в більшій мірі, ніж усі інші, трансформували тип патології населення світу є хвороби системи кровообігу (ХСК, ІХ клас хвороб за МКХ–10). Найбільше значення серед них мають ішемічна хвороба серця (ІХС), гіпертонічна хвороба (ГХ), цереброваскулярна хвороба (ЦВХ).

Зростання смертності всіх ХСК в розвинутих країнах почалось у 60-70-ті роки, сьогодні спостерігається стабілізація рівня в окремих групах населення та країнах. В 70-х роках у країнах так званої "сімки" смертність від ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, мозкових інсультів почала знижуватись на 1-3% за рік, і зниження продовжується до теперішнього часу. У країнах Східної та Центральної Європи поліпшення такого не спостерігається.

В Україні підвищується як первинна захворюваність на ХСК, так і їх поширеність.

Досить високим є й рівень смертності хоча намічається деяка тенденція до зниження за останні роки, приріст цього показника.

Показник смертності від ХСК формується, головним чином, за рахунок смертності від ішемічної хвороби серця та церебро-васкулярної патології.

Причинами, що призводять до різкого підвищення захворюваності та смертності на ХСК серед населення, є зміни в соціально-економічних відносинах, соціальному становищі різних прошарків суспільства, а також зубожіння, послаблення організаційних профілактичних заходів, поширення шкідливих звичок і нездорового способу життя.

У різних регіонах України є відмінності в структурі ураженості населення ХСК, що пов'язане як із віково-статевою структурою населення, так і з дією соціально-економічних чинників, особливо способу життя.

Велику роль відіграє екологічна ситуація в окремих регіонах, про що свідчить зростання смертності від ХСК серед постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС. Щорічно зростають показники поширеності ХСК серед ліквідаторів аварії. Вони значно перевищують показники, характерні для дорослого населення України.

У структурі захворюваності населення України на ХСК протягом останніх 10 років перші три місця займають гіпертонічна хвороба (ГХ), ішемічна хвороба серця (ІХС) та цереброваскулярні захворювання (ЦВХ).

Найбільшого значення з кожним роком набуває ГХ, яка зростає швидше, ніж ІХС та ЦВХ. Захворюваність на ГХ у 1997 році становила 115,4 на 100 тис. населення (вище, ніж у 1996 році, на 34,3 %); захворюваність на ІХС підвищилась на 6,6 %, а ЦВХ – на 12,2 %.

Виникнення ГХ пов'язане з підвищеним артеріальним тиском (АТ). За оцінками експертів Українського науково-дослідного інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска (1995 р.), в Україні майже 13 млн. людей мають підвищений АТ, але знають про це лише 62 %, а лікуються тільки 23,2 %.

Як відомо, розвиток артеріальної гіпертензії (а в певній мірі й характер її перебігу), пов'язаний із спадковістю, психоемоційними перевантаженнями, нераціональним харчуванням (переїданням, надмірним вживанням харчової солі, насичених жирів, нестачею в їжі кальцію та

магнію), ожирінням, недостатньою фізичною активністю, палінням, зловживанням алкоголем.

Одним із найважливіших факторів ризику розвитку артеріальної гіпертензії є психоемоційний стрес, який активізує природжені фізіологічні механізми (певні збуджані структури центральної нервової системи, симпатичний відділок вегетативної нервової системи), збільшує викид катехоламінів, звужує судини, підвищує рівень цукру, холестерину, артеріальний тиск. Включення цих механізмів у первісної людини супроводжувалося м'язовим "розрядженням", що сприяло зняттю нервового перенапруження. Умови життя сучасної людини змінилися, за стресовими ситуаціями "розрядження" не настає. Створюються умови для розвитку неврозу, артеріальної гіпертензії, атеросклерозу.

Незалежно від наявності чи відсутності суб'єктивних симптомів захворювання підвищений артеріальний тиск призводить до ураження таких важливих органів, як серце, мозок, нирки, очі, судини, сприяє розвитку атеросклерозу, ішемічної хвороби серця (в тому числі інфаркту міокарда), серцевої та ниркової недостатності, порушення мозкового кровообігу.

Здавна доведений взаємозв'язок розвитку артеріальної гіпертензії та збільшення маси тіла (ожиріння). Ожиріння значно погіршує перебіг і прогноз артеріальної гіпертензії. Великої уваги надають також і фізичній активності.

Основною тенденцією захворюваності на ХСК, крім підвищення їх рівня, є ще й значне "омолодження". Випадки інфаркту та інсульту все частіше трапляються в молодому віці, особливо у чоловіків. У людей із підвищеним АТ у 3-4 рази частіше виникає ІХС та в 7 разів – ЦВХ.

ХСК суттєво впливають і на захворюваність із тимчасовою втратою працездатності.

Як свідчать дослідження Українського науково-дослідного інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска, економічні збитки, обумовлені тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю та передчасною смертністю від АГ, ІХС та ЦВХ, в 1996 році в Україні перевищили 2 млрд. грн.

В Україні, як і в багатьох розвинутих країнах, ХСК є основною причиною первинної інвалідності дорослих, а також провідною причиною інвалідності населення працездатного віку.

Рівень первинної інвалідності від ХСК порівняно з 1996 роком знизився на 2,0 %, а у населення працездатного віку зріс на 2,7 % і склав 19,6 та 11,6 випадків на 10 тис., при середніх показниках у 1997 році 60,6 випадків на 10 тис. і 55,1 випадків серед працездатного населення. В структурі причин первинної інвалідності дорослих у 1997 році 32,4 % займають ХСК.

Високі рівні інвалідизації, особливо серед працездатного населення, зумовлюють великі витрати на соціальне утримання інвалідів, їх працевлаштування, лікування та реабілітацію. Значна частка інвалідів серед чоловіків має I групу, більше половини – II групу. Показники дещо менші серед жінок. Прогнозується подальше зростання інвалідизації внаслідок ХСК.

Таким чином, основними особливостями ХСК в Україні є:

зростання смертності від ХСК при зниженні цього показника в країнах Європейського регіону;

північно-східний вектор розповсюдженості патології;

вищий рівень і темпи зростання смертності серед сільського населення, "омолодження" контингентів хворих;

провідна роль ХСК в інвалідизації населення;

значний рівень захворюваності, а також захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, особливо у чоловіків працездатного віку.

Всі ці суттєві особливості зумовлюють зростання медико-соціального значення хвороб системи кровообігу в Україні, яке пов'язане з:

провідною їх роллю в смертності;

великими економічними збитками суспільства від поширення передчасної смерті;

коштами, які витрачаються на діагностику, лікування, реабілітацію хворих;

високими рівнями інвалідизації.

Досвід 27 розвинутих країн світу (США, Японія, Канада) з впровадженням широкомасштабних кардіологічних профілактичних програм, спрямованих на зменшення впливу факторів ризику виникнення ХСК, свідчить, що провідною серед них є зміна способу життя:

збалансоване харчування відповідно до енергетичних затрат організму з достатньою кількістю ненасичених ліпідів;

усунення шкідливих звичок (тютюнопаління);

підтримання нормального артеріального тиску;

Всі ці фактори є керованими. Впровадження профілактичних програм із усуненням їх дії в

ряді міст Литви та Росії свідчить про можливість зниження розповсюдженості та смертності від ХСК на 30-40 %.

В сучасний період реформування державної системи охорони здоров'я первинна профілактика, що базується на формуванні здорового способу життя населення, усуненні дії факторів ризику, є найбільш актуальною. Передбачається, що впровадження "Програми профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні" може за 10-12 років знизити смертність від інсультів на 30 %, а від ішемічної хвороби – на 10 %.

Система організації лікувально-профілактичної допомоги хворим на ХСК в Україні має розгалужену інфраструктуру, яка включає позалікарняну (кардіологічні кабінети поліклінік, кардіологічні диспансери, спеціалізована швидка допомога), лікарняну (кардіологічні відділення з блоками реанімації та інтенсивної терапії, кардіологічні центри) та санаторно-курортну ланки. Високоякісна висококваліфікована кардіологічна допомога надається в провідних наукових центрах: Українському науково-дослідному інституті кардіології ім. М.Д. Стражеска, науково-дослідному інституті серцево-судинної хірургії АМН. Позитивне значення має й організація спеціалізованого санаторно-курортного лікування реконвалесцентів.

На першому етапі надання спеціалізованої діагностично-лікувальної допомоги цій групі хворих до кардіологічного кабінету поліклініки їх направляють завідувачі терапевтичних відділень міської чи районної поліклінік, дільничні терапевти, лікарі сільських амбулаторій або фельдшери ФАПів. Якщо хворим сільським жителям протягом 3-5 днів не вдається встановити заключний діагноз і підібрати адекватне лікування, то їх направляють на консультацію до кардіолога поліклінічного відділення обласного кардіологічного диспансеру.

Організація адекватної допомоги хворим значною мірою залежить від раннього виявлення патології, що обумовлено рівнем кваліфікації кардіологів, лікарів загального профілю, терапевтів, якістю медичних оглядів, рівнем медичної культури населення. Раннє виявлення патології та рання госпіталізація попереджують прогресування та ускладнення патології. Враховуючи частий безсимптомний перебіг цієї хвороби, необхідно час від часу вимірювати артеріальний тиск як дорослим, так і дітям. За нормальних його значень контрольні вимірювання слід проводити раз на півроку, а при можливості й частіше.

На ранніх стадіях для попередження прогресування хвороби велике значення мають оздоровчі заходи: нормалізація режиму праці та відпочинку, раціональне харчування, здоровий спосіб життя, санаторно-курортне лікування.

Для значної частини хворих основне значення набувають стаціонарно-замінюючі форми надання медичної допомоги, особливо денні стаціонари (ДС). На другому етапі стаціонарна допомога надається в спеціалізованих кардіологічних відділеннях, клініках вищих медичних навчальних закладів, науково-дослідних інститутів тощо. Рівень госпіталізації хворих на ХСК в Україні з 1990 по 1997 рік знизився (від 3,4 до 2,8 на 100 дорослих і підлітків), що є наслідком широкого розповсюдження стаціонарно-замінюючих форм надання медичної допомоги, підвищення якості позалікарняної допомоги, диспансерної роботи тощо.

Надання хворим на ХСК стаціонарної допомоги в Україні базується на розвитку широкої інфраструктури спеціалізованих кардіологічних відділень. Вони є в складі міських, обласних лікарень, у тому числі клінічних. Тимчасові штатні нормативи передбачають 1 посаду лікаря кардіолога-реаніматолога на 6 ліжок, 1 посаду лікаря кардіолога на 20 ліжок, 1 палатний цілодобовий пост на 15 ліжок (1 медична сестра), 1 посаду фельдшера на 40 ліжок у спеціалізованих відділеннях для хворих із інфарктом міокарда, а в складі неспеціалізованих відділень – 1 посаду на 25 ліжок.

Потребують впровадження нові методи діагностики та лікування ХСК. З метою вивчення факторів впливу на виникнення та перебіг ХСК за останні 25 років у світі були проведені спеціалізовані широкомасштабні дослідження, які сприяли вдосконаленню методів лікування ІХС, гострого інфаркту міокарда та ГХ.

Останнім часом встановлена спадкова схильність щодо деяких найважливіших неепідемічних захворювань (атеросклероз, ішемічна хвороба серця, гіпертензія). Тому при загальній і спеціалізованій медичній допомозі пропонується також використовувати підхід, орієнтований на родину. Він особливо ефективний у країнах із високо розвинутою інфраструктурою системи охорони здоров'я, де є заклади генетичного консультування та підготовлені кадри з медичної генетики.

Україні:

- своєчасна рання, максимально донозологічна діагностика ХСК;
- підвищення рівня медичної культури населення та посилення уваги до свого здоров'я;
- широке впровадження засад здорового способу життя;
- впровадження інтенсивних медичних технологій лікування та реабілітації хворих;
- покращання взаємодії органів охорони здоров'я з органами освіти в реалізації профілактичних програм для різних верств населення, дітей, підлітків і молоді з метою запобігання дії факторів виникнення ХСК.

Усунення дії факторів ризику ХСК є перспективним напрямком покращання здоров'я населення, тому що, як свідчать дослідження останнього десятиріччя, багато з них є спільними чинниками виникнення найважливіших хвороб.

Вивчення основних факторів ризику виникнення хвороб системи кровообігу, злоякісних новоутворень і інших хронічних призвело до необхідності створити комплексну програму профілактики ХНЗ, яка повинна включати такі розділи:

I. санітарно-гігієнічний – первинна профілактика впливу факторів ризику;

II. соціально-економічний розвиток медичних закладів, кадрів, проведення оздоровчих заходів тощо;

III. санітарно-освітній – формування здорового способу життя.

Перший і другий розділи реалізуються зусиллями та заходами з боку держави, інфраструктурою санітарно-епідеміологічної служби, виділенням коштів на розвиток лікувально-профілактичних закладів тощо, третій – через загальнодержавні програми.

Відповідні програми гігієнічного виховання повинні запроваджуватись щонайменше в підлітковому віці, якщо не раніше. Зважаючи на більш високі показники смертності чоловіків, у програмах первинної та вторинної профілактики слід також виділяти, як фактор ризику, стать. Вони повинні враховувати регіональні відмінності смертності від ХСК. Третинна профілактика ХСК повинна передбачати покращання надання спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги, попередження хронізації, ускладнень і інвалідизації хворих.

Впровадження багатофакторних профілактичних програм, нових методів діагностики, лікування та реабілітації хворих на ХСК, дозволяють сподіватись на покращання показників захворюваності, смертності в Україні, як це зареєстровано в Японії, США, Франції, Швеції, Фінляндії, інших розвинутих країнах світу.

Злоякісні новоутворення (ЗН)

Соціально-медичне значення злоякісних новоутворень обумовлене в першу чергу тим, що вони є другою причиною смерті населення розвинутих країн світу.

Проблема ЗН загострилася в другій половині ХХ сторіччя, хоча відомості про смерть від пухлин історики знаходили ще в давнину. Швидкими темпами розповсюдження цієї патології почалося після другої світової війни. За даними ВООЗ в останні 50 років смертність від ЗН підвищилась в усьому світі. В 90-х роках тільки в найбільш розвинутих країнах від ЗН щорічно помирало 140,0-150,0 чоловік на 100 тис. населення.

Основними наслідками розповсюдження ЗН є витрати та втрати різних країн у соціальній і матеріальній сферах *суспільства, сім'ї та кожної окремої людини* (мал. 3).

Суспільні наслідки обумовлені економічними втратами (прямими та опосередкованими), змінами *демографічних* (підвищення демографічного навантаження, скорочення середнього віку життя) та *біологічних* показників (середня очікувана тривалість життя, втрата років життя).

Прямі втрати становлять лише 20 % від усіх і стосуються коштів на диспансеризацію, обстеження, лікування та реабілітацію хворих; підготовку фахівців онкологів, розгортання мережі онкологічних закладів, медичне обладнання, соціальне забезпечення тощо. Витрати спрямовані на попередження інвалідизації, зниження смертності і тощо, тобто вони є "вигідними" затратами.

Опосередковані втрати становлять до 80 % всіх витрат суспільства, пов'язаних із ЗН. Це очікувані втрати, обумовлені передчасною смертністю населення в до- та працездатному віці (максимальними є втрати суспільства від ЗН дітей), оплатою лікарняних листків з тимчасової непрацездатності та утриманням інвалідів.

Вплив ЗН на *сім'ю* багатоплановий – це зниження доходу, розпад сім'ї, сирітство, удівство, втрати престижу, достатку.

Багато досліджень присвячено вивченню групи *чинників*, що сприяють захворюваності та смертності на злоякісні новоутворення. Сучасні уявлення про їх виникнення пов'язують із *комплексом екзо- та ендогенних чинників*, дія яких посилюється (темпи індустріального розвитку країн, техногенне та інформаційне перевантаження, забруднення навколишнього середовища – “екологічна криза”, розповсюдження канцерогенів, шкідливі звички тощо).

Основними чинниками ризику виникнення новоутворень провідні вчені різних країн світу вважають *канцерогени* (як хімічні, так і фізичні), *вірусні агенти* та *успадковану генетичну схильність*. Останнім часом переважає *комплексна теорія* – вважають, що поєднання дії комплексу факторів ризику відіграє вирішальну роль у виникненні патології конкретної особи.

Різні нозологічні форми злоякісних новоутворень відрізняються за ступенем соціально-економічних витрат, про що свідчать показники впливу кожної форми пухлин на середню очікувану тривалість життя (СОТЖ) й економічні витрати. СОТЖ найбільше скорочується внаслідок смерті від злоякісних новоутворень легень, шлунка, лімфатичної та кровотворної систем (у чоловіків) і молочної залози, шийки матки, шлунка (у жінок). Жінка, що вмерла від ЗН, втрачає 19,1 років життя, а чоловік – 17,3. Окремі нозологічні форми та локалізації зумовлюють скорочення СОТЖ на 17-28 років, максимальні втрати характерні для новоутворень кісток і сполучної тканини.

Вплив злоякісних пухлин на здоров'я населення визначається також показниками інвалідності та смертності. За прогнозом в окремих регіонах світу, в Україні також, рівні захворюваності, інвалідності та смертності будуть зростати. Смертність від ЗН має віково-статеві особливості, вона підвищується з віком і досягає максимальних рівнів у 75-79 років.

Загалом, за даними ВООЗ, протягом останніх 20 років знизилась смертність чоловіків від раку органів травлення, жінок – від раку шийки матки, підвищилась від раку органів дихання.

Захворюваність у цілому має такі віково-статеві особливості: у віці до 50 років вона вища у жінок, а після 50-ти – у чоловіків. ЗН посідають друге місце в структурі інвалідності населення України. Питома вага окремих злоякісних новоутворень у структурі інвалідності становить 20-29%.

У розвинутих країнах, насамперед у США, з 1992 року має місце тенденція до стабілізації та зниження рівня смертності від усіх форм новоутворень на 3 % протягом року, що призводить до підвищення кількості осіб дитячого і працездатного віку та інтенсивнішому накопиченню контингентів хворих старшого працездатного віку. Експертна оцінка цього явища не однозначна. Переваги від зниження смертності (економічні, соціальні, медичні, психологічні тощо), розробка нових методів реабілітації інвалідів із максимальним включенням у соціум і використанням резервів їх працездатності на основі нових технологій дозволяють позитивно оцінювати прогрес медицини в виліковуванні хворих на злоякісні новоутворення.

Структура захворюваності має *статеві особливості*. На першому місці у *чоловіків* рак легень, шлунка, шкіри, а у *жінок* переважає рак молочної залози, на другому місці – рак шкіри, на третьому – шлунка.

Рівні захворюваності окремих вікових груп як у чоловіків, так і у жінок відрізняються. Найбільш високі спостерігаються у віковій групі 75-79 років, хоча різке зростання починається з 40-44 років.

Окремі нозологічні форми пухлин мають різну динаміку: при сталому зростанні ураження населення раком щитоподібної залози, зростають рак передміхурової залози, сечового міхура, молочної залози, тіла матки (темпами 3-5 % за останній рік). Знижується рівень захворюваності на рак ротової порожнини, губи, трахеї, бронхів, легень (що найбільш реально пов'язане зі зниженням профілактичних флюорографічних оглядів населення).

Поширеність захворювань серед міських жителів України має дещо більш високий рівень порівняно з сільським майже в усіх областях (1483,3 та 1457,9 на 100 тис. відповідного населення, 1997 р.).

Протягом 90-х років захворюваність *дитячого населення* на ЗН значно *зросла*. Найвищі рівні в м. Севастополі, Черкаській, Дніпропетровській областях, де показники перевищують середній рівень по Україні в 1,5-2 рази.

Структура онкологічної захворюваності в дітей має свої особливості. Перше місце займають злоякісні новоутворення лімфатичної та кровотворної тканин, на які припадає 46,1 % всіх захворювань. Найвищий рівень захворюваності да гострі лейкози в дітей зареєстровано в Харківській, Івано-Франківській та Чернігівській областях.

У дітей часто трапляється рак щитоподібної залози – він має найвищі показники в областях, що найбільш постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС (Чернігівська, Житомирська, Київська) Онкозахворюваність взагалі, та особливо серед дитячого населення, є чутливим індикатором змін навколишнього середовища, чим і пояснюється рівень і темп ураження дітей в Україні.

У структурі причин смерті новоутворення займають друге місце. Рівень смертності від них підвищувався до 1995 року, а після почав знижуватися. Смертність з цієї причини зростає від більшості локалізацій раку в Україні швидше, ніж у країнах Західної Європи, що суттєво впливає на розрив між нашою державою та розвиненими країнами світу.

Смертність від ЗН має регіональні відмінності. Максимальні рівні зареєстровані в південно-східних (Одеська, Херсонська, Миколаївська, Луганська, Донецька, Дніпропетровська, Запорізька) та областях інших регіонів із високим ступенем постаріння населення (Чернігівська, Черкаська, Кіровоградська).

Смертність від новоутворень у чоловіків зростає більш значними темпами, ніж у жінок у більшості областей України. Їй притаманні розбіжності між міським і сільським населенням.

Основними соціально-гігієнічними особливостями злоякісних новоутворень в Україні є:

- невинне зростання показників смертності та захворюваності при темпі середньорічного приросту 2,7-4,8 %, більша їх поширеність у південно-східних областях;
- приріст цих показників серед чоловіків вищий, ніж серед жінок;
- “омолодження” контингентів хворих;
- віково-статеві розбіжності структури захворюваності за окремими нозологічними формами.

Основними проблемами є недостатньо рання діагностика (при багатьох нозологічних формах захворювання виявлялися в 3-4 стадії), “омолодження” (швидкими темпами наростає ураження дитячого населення на рак щитоподібної залози, статевих органів, кістково-м’язової системи), зростання інвалідності населення.

Організація лікувально-профілактичної допомоги хворим на ЗН в Україні спирається на розгалужену інфраструктуру закладів охорони здоров’я. Облік і аналіз захворюваності та смертності в Україні здійснюють 46 онкологічних диспансерів, у тому числі 25 обласних і 2 міських – (місто Київ і місто Севастополь), онкологічні кабінети поліклінік, жіночих консультацій і Український НДІ онкології та радіології.

Система обліку онкологічних хвороб в Україні досить надійна, вона забезпечує достовірні дані про рівні ураження населення. Облік хворих і суцільну реєстрацію випадків проводять онкодиспансери за спеціальними обліковими формами – “Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку чи іншого злоякісного новоутворення” (ф. 090/0). Усі повідомлення підсумовуються в “Звіті про захворюваність на злоякісні новоутворення” (ф. 7) обласних диспансерів. Вони відображені в “Звіті про ураження злоякісними новоутвореннями населення”, який складає Український НДІ онкології та радіології. Для поглибленого аналізу захворюваності ці документи доповнюють виписками з медичних карт стаціонарних хворих, медичними картами амбулаторних хворих, контрольними картами диспансерного спостереження. Основним документом реєстрації, виклику хворого, контролю за станом здоров’я та якістю лікування є контрольна карта диспансерного спостереження (ф. 030-6/0).

Основним закладом надання спеціалізованої онкологічної допомоги в Україні є онкологічний диспансер.

Завдання його такі:

- первинна профілактика;
- рання діагностика, профілактичні огляди;
- диспансерне спостереження;
- лікування хворих;
- організаційно-методичне керівництво ЛПЗ.

Динаміку та структуру захворюваності на території України за 2021-2023 рік можна подивитися у щорічному звіті про стан здоров’я населення України та епідемічну ситуацію
<https://moz.gov.ua/storage/uploads/386da5b2-66ed-4e85-932c-d9828ba76a7a/%D0%A9%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%B7%D0%B2%D1%96%D1%82-%D0%B7%D0%B0-2023-%D1%80%D1%96%D0%BA.pdf>

Епідеміологія – це наука, яка вивчає поширеність і детермінанти станів або подій, пов'язаних зі здоров'ям, у спеціально визначених популяціях для управління і контролем за проблемами здоров'я.

“**Вивчення**” включає обстеження, спостереження, тестування гіпотез, аналітичні дослідження та експерименти.

Джерело: J. M. Last (64).

“**Поширеність**” має на увазі аналіз у часі, за місцем, за групами людей, які були виділені за індивідуальними ознаками і зазнали досліджуваного впливу.

“**Детермінанти**”-це фізичні, біологічні, соціальні, культурні та поведінкові чинники, які впливають на здоров'я.

“**Пов'язані зі здоров'ям стани і події**” включають захворювання, випадки смерті, фактори поведінки, такі, як паління; реакція на превентивні заходи, організацію і використання послуг охорони здоров'я.

“**Спеціально визначена популяція**”- група з точно визначеною ознакою і чисельністю осіб.

“**Управління і контроль**” є кінцевою метою епідеміологічного підходу в охороні здоров'я - зміцнити, захистити і відновити здоров'я.

Епідеміологія – наука, яка вивчає особливості поширеності та причини виникнення захворювань (та інших, пов'язаних із станом здоров'я проблем) з метою використання отриманих знань у системі охорони здоров'я (наукове обґрунтування заходів первинної та вторинної профілактики).

Мета епідеміології: ліквідація або скорочення проблем, пов'язаних зі здоров'ям, та їх наслідками; запобігання проблемам, пов'язаним зі здоров'ям, їх виникненню і повторенню.

Епідеміологічний метод досліджень – це сукупність методичних прийомів, за допомогою яких вивчаються причини, умови (чинники ризику), механізми формування захворюваності серед населення (сукупного за групами, за територіями та у часі) з метою обґрунтування заходів профілактики й оцінювання їх ефективності.

Найважливішим моментом епідеміологічного дослідження є **встановлення причин** виникнення захворювання чи факторів, які його обумовлюють, а кінцева мета епідеміологічного дослідження - організація **науково обґрунтованої профілактики** захворювань (первинної і вторинної), ліквідація і зменшення впливу шкідливих факторів.

Структура епідеміологічного методу:

- Дескриптивні прийоми
- Аналітичні прийоми

Мета дескриптивного методу (з англ. Description – опис, описово-оціночні, описова епідеміологія) – це вивчення:

- 1) Поширеності захворювань;
 - 2) Інших характеристик здоров'я популяції;
- Встановлення факторів, з якими порушення, можливо, пов'язані:
 - За територіями (де виникає);
 - Групами ризику (хто хворіє);
 - Часом (коли виникає).

I. *Мета аналітичної епідеміології* полягає в оцінці гіпотез про чинники ризику, визначенні напрямків профілактики у відповідності до чинників ризику.

Плани дослідження в аналітичній епідеміології:

- 1) Випадок-контроль.
- 2) Когортні дослідження.

Основні типи епідеміологічних досліджень:

1. Обсерваційні дослідження (без втручання дослідників)
2. Експериментальні дослідження (із втручанням дослідників)
3. Описове (аналог медико-статистичного) – перший етап будь-якого епідеміологічного дослідження та дає відповіді на запитання “хто?”, “де?” та “коли?” захворів (статеві-вікові, територіальні, сезонні особливості захворюваності), але не дає відповіді на запитання “чому?”

захворів.

4. Аналітичне – перевірка гіпотез щодо причинно-наслідкових залежностей (встановлює “чому?” захворів)

За часом

- Поперечне (одномоментне)
- Подовжнє (динамічне)
- проспективне
- ретроспективне

Поперечне дослідження характеризує сукупність досліджуваних осіб на якийсь момент часу (моментне одночасне спостереження в статистичному дослідженні). Одномоментно проводиться огляд населення (чи окремих контингентів), обстеження умов праці окремих професійних груп і їхнього побуту, визначаються всі їх клінічні, фізіологічні і психологічні характеристики. Виявляються хворі чи особи з відхиленнями в стані здоров'я.

Подовжнє дослідження передбачає спостереження в динаміці за однією і тією ж сукупністю осіб. Подовжнє дослідження найтіснішим чином зв'язано з когортним дослідженням. У цьому випадку можна проводити динамічні спостереження за кожною особою і застосовувати індивідуальні методи оцінки.

Когортний метод - це метод обстеження реальних поколінь. Статистичну сукупність тут складають відносно однорідні одиниці спостереження. Важливою частиною при цьому є створення дослідної і контрольної групи з наявністю і відсутністю дії шкідливих факторів

Ретроспективне дослідження передбачає аналіз матеріалу, зібраного до вихідного моменту на основі документів і шляхом опитування.

Проспективне дослідження — шляхом безпосереднього спостереження із вихідного моменту і далі у динаміку.

Ретроспективне дослідження заощаджує час при зборі матеріалу, дозволяє чітко визначити вже сформовану групу спостереження, з'ясувати умови, що вплинули на виникнення того чи іншого явища. Однак ретроспективне дослідження має обмежену програму, тому що дозволяє врахувати лише ознаки, що велися в документі.

Проспективне дослідження може мати програму з будь-яким набором ознак і їх сполучень. У нього є ще одна важлива перевага - можливість спостереження за зміною ознак під впливом різних факторів, можливість тривалого спостереження за групою населення (подовжнє спостереження).

Дослідження можна почати як ретроспективне з виявленням основних характеристик і факторів, що впливають, а потім перейти на проспективне з динамічним постійним спостереженням того самого контингенту, можливо, з повторними періодичними обстеженнями.

Вивчення поширеності захворювань (prevalence)

○ Одномоментні дослідження – обстеження населення (всього або окремих груп) на певний момент часу з метою визначення поширеності захворювання (prevalence)

- Джерело інформації – медичні обстеження, опитування
- Вірогідність визначається
- Стандартними діагностичними критеріями
- Якістю анкети
- Кількісною та якісною репрезентативністю вибірки

Вивчення частоти нових випадків захворювання у популяції (incidence)

○ Когортні дослідження - спрямовані на реєстрацію нових випадків захворювань (первинної захворюваності- incidence) та встановлення причин та факторів ризику захворювань

- Джерело інформації – медична облікова документація, медичні обстеження, опитування
- За часом когортні дослідження можуть бути проспективні та ретроспективні

Методика аналітичних досліджень найбільш важкі в організації аналітичні дослідження. У той же час саме вони дозволяють виявити вплив різних факторів на захворюваність населення. Широке використання уніфікованих методів обстеження, тестів для виявлення захворювань і відхилень від норми, експрес-методів діагностики, постановка контрольованих дослідів, пов'язаних з виявленням причин захворювання, відрізняють епідеміологічне дослідження від статистичного, оскільки кінцева мета епідеміологічного дослідження-встановлення зв'язку між

хворобою і причинами, її обумовили, визначення факторів ризику захворювань для різних груп населення.

Дизайн аналітичних досліджень може бути наступним:

- Когортне дослідження
- Дослідження “Випадок контроль”

Порівняльна характеристика когортного дослідження і дослідження “випадок-контроль”

Когортне дослідження	Дослідження “випадок-контроль”
Починається з визначення популяції, що підпадає під вплив фактора ризику	Популяція, яка підпадає під вплив фактора ризику, необов'язково визначена
Випадки не відбираються, а встановлюються в процесі безперервного спостереження (приблизно всі випадки)	Випадки відбираються дослідником з наявної сукупності хворих
Контрольна група (без досліджуваного захворювання) не відбирається, а формується природним шляхом	Контрольна група відбирається дослідником таким чином, щоб вона була подібною до експериментальної групи
Дія оцінюється до розвитку захворювання	Факт дії оцінюється і відновлюється по пам'яті після розвитку захворювання
Ризик чи захворюваність, а також відносний ризик вимірюються безпосередньо	Ризик чи захворюваність не можна виміряти безпосередньо: відносний ризик впливу можна оцінити за відношенням шансів.

Найпростішим видом дослідження за планом є «випадок-контроль». Наприклад, для перевірки гіпотези «штучне вигодовування немовлят спричиняє мікрогенію» за планом «випадок-контроль» починається з формування групи осіб, що хворіють на цю патологію (a+c) і групи співставленого за соновними ознаками контролю (b+d). Наступним кроком є дослідження представників обох груп стосовно штучного вигодовування у минулому (до моменту виникнення хвороби). Якщо поширеність штучного вигодовування $a/(a+c)$ більша у представників дослідної групи, ніж в контрольній, говорять про наявність асоціацій, тобто зв'язку між штучним вигодовуванням та мікрогенією.

Основна схема «Випадок-контроль»

Підозрюваний фактор (штучне вигодовування)	Випадки (є мікрогенія)	Контроль (нема мікрогенії)
Присутній (є штучне вигодовування)	a	b
Відсутність факторів (відсутнє штучне вигодовування)	c	d

Характерні риси плану «Випадок-контроль»:

1. Причина і її наслідок виникли перед початком спостереження.
2. Вивчення проводиться у напрямку від наслідку до причини.
3. Для прийняття чи відхилення гіпотези використовується контрольна група.

Когорта (з лат. Cohors - «відгороджене місце») – це група осіб, які характеризуються спільними рисами чи експозицією протягом певного проміжку часу.

Характерні риси плану «Когортних досліджень»:

1. Когорти визначаються перед виникненням захворювання, що підлягає вивченню.
2. Дослідна група підлягає динамічному спостереженню протягом певного періоду часу для визначення частоти виникнення хвороби серед її представників.
3. Спостереження спрямовано від причини до наслідку.

Тобто, в когортних дослідженнях до початку спостереження мала місце лише експозиція, а захворювання ще не виникло.

Починаємо дослідження з когорти a+b, яка підлягає експозиції специфічного фактора (штучне вигодовування), підозрюваного у зв'язку з виникненням хвороби (мікрогенія) і групи контролю c+d, що їй не підлягала. Перша відома як «дослідна когорта», друга – як «контрольна когорта».

Основний план когортних досліджень

Когорта	Хвороба		Всього
	Є	Немає	
З експозицією до підозрюваного етіологічного фактору (є штучне вигодовування)	a	b	a+b
Без експозиції до підозрюваного етіологічного фактору (відсутнє штучне вигодовування)	c	d	c+d

Після закінчення спостереження в обох групах визначають первинні рівні захворювання. Якщо результати свідчать, що первинний рівень у дослідній когорті $a/(a+b)$ достовірно більший, ніж у контрольній $c/(c+d)$, то гіпотеза про існування асоціації між хворобою (мікрогенія) і підозрюваним фактором (штучне вигодовування) підтверджується.

Питання для самопідготовки студентів:

1. Захворюваність населення.
2. Спеціальні види захворюваності.
3. Тенденції захворюваності в різних регіонах світу.
4. Динаміка та структура захворюваності на сучасному етапі розвитку України.

Лекція 5. Профілактика та між секторальне співробітництво в системі громадського здоров'я

Однією з основних галузей охорони здоров'я є лікувально-профілактична справа, в якій задіяна більша частина медичних працівників. Заклади та працівники галузі виконують провідну функцію системи, займаючись попередженням та виявленням хвороб, забезпечуючи лікування хворих, надаючи їм різні види медичної допомоги.

Сучасні тенденції та інтенсивність розвитку суспільства створюють нові передумови для налагодження комунікації між різними групами, в яких на зміну конкуренції (а то й протистояння) приходять конструктивний діалог і порозуміння. Налагодження партнерських відносин стає одним із найважливіших підходів у діяльності інституцій на шляху досягнення спільних цілей, запорукою важливих змін у громадах і суспільстві загалом.

Співпраця у межах досягнення певної мети, вирішення конкретних завдань чи тривале партнерство передбачають об'єднання й координацію зусиль, ресурсів, рівність участі кожної зі сторін та спільну відповідальність за результати діяльності.

Міжсекторальне партнерство – це новий досвід, нові можливості, нові рішення, новий погляд на давно відомі речі, формування нової культури взаємозв'язків у суспільстві. За умов налагодження конструктивної взаємодії влади, громади і бізнесу можемо говорити про соціальне партнерство в управлінні життям суспільства.

Лікувально-профілактична допомога - це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, ранню діагностику, медичну допомогу особам з гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих та інвалідів з метою продовження їх активного довголіття. До видів лікувально-профілактичної допомоги відносяться амбулаторно-поліклінічна, швидка, стаціонарна та санаторно-курортна.

Види лікувально-профілактичної допомоги дорослому населенню та заклади, що її надають:

Амбулаторно-поліклінічна допомога надається особам, які потребують періодичного медичного спостереження, лікування на догоспітальному етапі та проведення профілактичних заходів. Її отримують при звертанні безпосередньо в амбулаторно-поліклінічному закладі чи вдома.

Швидка медична допомога – це медична допомога хворим при раптових захворюваннях з тяжким перебігом і постраждалим від нещасних випадків. Вона надається закладами швидкої та екстреної медичної допомоги в максимально можливому обсязі за місцем виклику, під час транспортування та госпіталізації. **Стаціонарна допомога** надається хворим, які потребують постійного медичного нагляду, застосування складних методів обстеження та інтенсивного лікування, а також оперативних втручань, що не можуть бути виконані в амбулаторних умовах.

Медична профілактика – це система профілактичних заходів, яка реалізується через систему охорони здоров'я.

Соціально-профілактичний напрямок у справі охорони і зміцнення здоров'я населення включає медичні, санітарно-технічні, гігієнічні і соціально-економічні заходи.

Створення системи попередження захворювань і усунення факторів ризику є найважливішим соціально-економічним і медичним завданням держави.

Виділяють *індивідуальну* (профілактичні заходи направлені суто на індивідуума), *групову* (профілактичні заходи направлені на цільові групи, що формуються за схожими симптомами та факторами ризику) і *громадську профілактику* (профілактичні заходи направлені на популяцію у цілому).

Залежно від стану здоров'я, наявності факторів ризику захворювання або вираженої патології в людини розглядають **три види профілактики**.

1. Первинна профілактика - система заходів *попередження* виникнення і впливу факторів ризику на розвиток захворювань (вакцинація, раціональний режим праці і відпочинку, раціональне якісне харчування, фізична активність, оздоровлення навколишнього середовища тощо).

До первинної профілактики належать соціально-економічні заходи держави щодо оздоровлення способу життя, навколишнього середовища, виховання та ін.

Профілактична діяльність обов'язкова для всіх медичних працівників. Невипадково поліклініки, лікарні, диспансери, пологові будинки називаються лікувально-профілактичними закладами.

2. Вторинна профілактика - комплекс заходів щодо усунення виражених факторів ризику, які при відповідних умовах (зниження імунного статусу, перенапруження, адаптаційний зрив) можуть призвести до виникнення, загострення або рецидиву захворювання. Найбільш ефективним методом вторинної профілактики є *диспансеризація*, як комплексний метод раннього виявлення захворювань, динамічне спостереження, спрямоване лікування, раціональне послідовне оздоровлення.

3. Третинна профілактика - комплекс заходів щодо *реабілітації* хворих, які втратили можливість повноцінної життєдіяльності. Третинна профілактика має на меті соціальну (формування впевненості у власній соціальній придатності), трудову (можливість поновлення трудових навичок), психологічну (поновлення поведінкової активності особистості) і медичну (поновлення функцій органів і систем) реабілітацію.

Важливе значення при проведенні профілактичних заходів мають **медичні профілактичні огляди** (скринінг), що поділяються на три категорії:

1. Попередні медичні огляди (мета – обстеження населення при влаштуванні на роботу, навчання, при щоденному допуску до роботи водіїв, пілотів тощо).

2. Періодичні спостереження (мета – раннє активне виявлення різноманітних захворювань та донозологічних станів серед населення декретних груп (працівники шкіл, садків, працівників громадської їдальні, студентів тощо) задля попередження розповсюдження хвороб).

3. Цільові медичні огляди (мета – виявлення на ранніх стадіях соціально значущих захворювань, наприклад: туберкульозу, злоякісних новоутворень, психічних розладів тощо).

Дуже важливим аспектом соціальної медицини та громадського здоров'я є відповідь на питання: від яких факторів залежить здоров'я людей.

За класифікацією американського вченого Роббінса, **фактори, що впливають на здоров'я, можна розділити на 4 великі групи:**

- спосіб життя;
- біологічні;
- стан навколишнього середовища;
- обсяг і якість медичної допомоги.

Інтенсивність впливу вказаних груп чинників коливається в значних межах Вплив на здоров'я населення факторів ризику

Група факторів ризику	Частка впливу (%)
1. Спосіб життя паління, неправильне харчування, зловживання алкоголем, шкідлива праця, стреси, гіподинамія, поганий побут, наркотики, неповна чи багатодітна сім'я, гіперурбанізація	51-52
2. Навколишнє середовище забруднені повітря, вода, їжа, ґрунт, рівень радіації,	20-21
3. Біологічні чинники, спадковість, конституція, стать, вік	19-20
4. Медичні чинники щеплення проти інфекцій, медичні обстеження, якість лікування	8-9

В сучасних умовах успіху в боротьбі з рівнем захворюваності можливо досягти лише при застосуванні міжсекторальної співпраці на усіх рівнях реалізації (місцеві, регіональні, національні, міжнародні).

Слід виділити три **види прогресивних профілактичних програм:**

1. **Вертикальні** – автономні, самостійні профілактичні програми, що передбачають вирішення конкретної проблеми охорони здоров'я шляхом використання специфічних заходів профілактики.

2. **Горизонтальні** (інтеграційні) – спрямовані на вирішення загальних проблем суспільства на довготривалій основі через служби та заклади охорони здоров'я.

3. **Глобальні** (загальні комплексні програми) – забезпечують проведення заходів на фоні поєднання вертикальних та горизонтальних профілактичних програм.

Аналіз профілактичної роботи (за Е.Чарлтоном) дозволяє виділити **п'ять основних типів (моделей) профілактичних програм** (або навчальних програм по досягненню здорового способу життя), що представленні нижче.

✓ **Медична модель** – молодому населенню надають інформацію щодо небезпечних наслідків того чи іншого явища.

✓ **Навчальна модель** – представляє собою дію, направлену на конкретну особу та дає змогу самостійно приймати рішення.

✓ **Суспільно-політична модель** – лобює необхідні рішення через рекламу в засобах масової інформації.

✓ **Модель самопосилення** – комбінує у собі характеристики трьох попередніх моделей.

✓ **Модель «дії на благо здоров'я»** - поєднує перші три моделі, але при цьому також

враховує вікові особливості населення та його соціального рівня. Ця модель діє у двох напрямках: на цінності людини та шляхом підвищення відповідних мотивів (наприклад, підвищення цін на алкоголь та тютюн, що призводить до матеріальних втрат споживачів).

Аналіз джерел і літератури з *екологічного громадського здоров'я*, вказує на те, що серед факторів, які визначають рівень захворюваності, стан довкілля займає приблизно 20%. Водночас, ураховуючи сучасну екологічну напруженість, пов'язану із впливом комплексу екологічних та професійно-виробничих факторів у поєднанні зі стресовими, нервово-психічними перевантаженнями, то, за даними ВООЗ, похідною від усього цього є більша частина хвороб – до 70-80%. Соціальні фактори та фактори середовища діють не ізольовано, а в поєднанні з біологічними (в тому числі й спадковими), що зумовлює залежність захворюваності людини як від впливу середовища, в якому вона знаходиться, так і від генотипу та біологічних законів його розвитку.

Залежно від інтенсивності факторів дії довкілля на здоров'я розмежовують **зони надзвичайної екологічної ситуації** і **зони екологічного лиха**. Екологічний стан таких зон оцінюється за комплексом показників, зокрема, за структурою захворюваності дорослого і дитячого населення, смертністю, частотою вроджених вад, генетичних порушень, порушень імунної системи, концентрацією токсичних речовин у різних біологічних середовищах людини тощо.

Встановити залежність здоров'я і стану навколишнього середовища можна за певними показниками. Як зазначають такі дослідники в галузі гігієни, як В.Г. Бардов, В.І. Федоренко, Е.М. Білецька, С.С. Гаркавий, А.М. Гринзовський, кількісним показником стану здоров'я населення в зоні екологічного спостереження є **індекс здоров'я**. За умови повного благополуччя навколишнього середовища узагальнений індекс здоров'я становить близько **65-70%**. Інтегральним показником здоров'я є адаптивні можливості організму людини. Для людини, не адаптованої до коливань параметрів абіотичних чинників, типовими проявами є зміни у її фізичному та психічному здоров'ї. Таким чином, рівень адаптації до умов довкілля, донозологічні та передпатологічні зміни, екологічна патологія, екологічна нозологія можуть бути показником стану довкілля.

Аналізуючи вплив негативних екологічних (антропогенних) факторів на основні показники здоров'я населення, можна виділити наступні напрями:

– **на соматичному рівні** – погіршення стану здоров'я в результаті несприятливої антропогенної екологічної ситуації, несприятливих умов трудової діяльності;

– **на психічному рівні** – погіршення стану здоров'я внаслідок тривалої соціально-екологічної напруженості, стресових ситуацій, зумовлених техногенними аваріями і катастрофами;

– **на соціальному рівні** – невідповідність між обсягом і якістю доступних медичних послуг і реальним станом здоров'я населення, обумовленими впливом антропогенного екологічної ситуації; погіршення демографічних показників – зниження тривалості і якості життя, зменшення народжуваності, зростання захворюваності і смертності.

Науковці в галузі медичної екології поділяють захворювання, що пов'язані з дією навколишнього середовища на дві групи:

1) **екологічнозалежні** – захворювання неспецифічного характеру, що виникають та тлі зміненого середовища. При цьому екологічні фактори провокують патогенетичні механізми хвороби та ускладнюють її перебіг. Як наслідок відбувається зростання загальної захворюваності, серцево-судинної, онкологічної, ендокринної, дитячої, патології вагітності, порушень внутрішньоутробного розвитку плода тощо);

2) **екологічнозумовлені** – захворювання специфічного характеру, коли екологічний фактор є етіологічним чинником захворювання (ендемичні захворювання, природно-вогнищеві захворювання, інфекції, захворювання, зумовлені дією шкідливих хімічних речовин, радіації, біологічних алергенів)

Європейський центр ВООЗ з навколишнього середовища і здоров'я для оцінки зв'язку між довкіллям і здоров'ям населення та створення відповідних інформаційних систем рекомендує основні групи індикаторів:

- стан здоров'я (смертність, захворюваність, поширеність хвороб);
- фізичне середовище (індикатори стану і впливу) – забезпечення житлом, якість питної води і атмосферного повітря, радіація, шум;

- умови праці (вплив чинників на організм); захист здоров'я (нормативне забезпечення якості продуктів харчування);

- служби охорони здоров'я

Основне політичне питання сьогодення, як зазначено у Брандлендському звіті, наступне: будь-які економічні рішення мають бути екологічно виправданими, інакше ми не зможемо підтримувати сучасні стандарти життя, а тим більш - їх покращити, включаючи стан індивідуального та популяційного здоров'я.

Існує три різних способи зміни суспільної поведінки щодо дотримання принципів сталого розвитку:

- прийняття відповідних законодавчо-нормативних актів;

- механізми економічного стимулювання (винагорода за правильну діяльність;

- або система штрафів за порушення законодавчих норм діяльності) та еволюція позицій самого суспільства.

Ці способи зміни суспільної поведінки взаємопов'язані. Економічні стимули можуть бути переглянуті у законодавчих актах, тоді як суспільні уподобання можуть змінюватися із використанням законодавчого та економічного механізмів.

Основною метою сталого розвитку є збереження здорової та різноманітної екосистеми для теперішніх і майбутніх генерацій людей та інших живих організмів. Отже, нам необхідно зберегти різноманітність біологічних видів, екологічну чистоту та природні багатства.

На сьогодні існує безліч шляхів усунення і попередження екологічних загроз і викликів. Вагоме місце серед них посідають морально-етичні та екологічні парадигми здоров'я, згідно з якими здоров'я – це справа особистого і суспільного вибору моральних цінностей, взаємовідношення між людиною і довкіллям, ставлення до свого здоров'я. Свідомість людини має бути скерована на збереження довкілля і свого здоров'я, на контроль і відповідальність за власне здоров'я. Людина може бути здоровою лише в здоровому довкіллі.

Вагоме місце в попередженні екологічних викликів і загроз повинна посісти екологічна освіта, спрямована на формування екологічної свідомості, починаючи з дошкільного віку та застосування засобів біопрофілактики.

Питання:

1. Профілактика в системі громадського здоров'я: популяційна, групова, індивідуальна. Первинна, вторинна та третинна профілактика. Промоція здоров'я, як профілактичний напрямок діяльності системи охорони здоров'я. Міжнародні програми щодо забезпечення профілактичної діяльності системи охорони здоров'я.

2. Цільові профілактичні програми боротьби з найбільш соціально значущими захворюваннями: ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, туберкульоз, злоякісні новоутворення. Роль міжсекторального співробітництва в підвищенні ефективності та дієвості профілактичних заходів.

3. Екологічне громадське здоров'я. Значення міжсекторальної співпраці та міжнародного співробітництва для захисту життєвого середовища людей.

4. Глобальні загрози міжнародному здоров'ю в XXI столітті. Надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я: наслідки зміни клімату, епідемії, масові враження хімічними речовинами, радіаційні катастрофи. Біотероризм.

5. Стреси і конфлікти як причина неінфекційних захворювань. Психогігієна як основа профілактики.

Рекомендована література

Основна (базова)

1. Склярів Є.Я., Бичков М.А., Громнацька Н.М. та ін. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря: підручник / за ред. Є.Я. Скляріва, М.А. Бичкова Київ: ВСВ Медицина, 2020. 288 с.
2. Громадське здоров'я і громадське медсестринство: підручник. / За ред. Скляріва Є.Я, Шегедин М.Б. і Лемішка Б.Б. К.: Медицина, 2011. 224 с.
3. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом / Київ: ВСВ Медицина, 2008. 304 с.
4. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів. - Вид. 3 – Вінниця: «Нова книга», 2013. – 560 с.
5. Економічний аналіз використання ресурсів в системі охорони здоров'я / В.Д. Парій, Ю.М. Сафонов, Н.М. Захарова та ін. / За загальною редакцією професора В.Д. Парія / Навч. посібн. – Житомир: «Полісся», 2015. – 148 с.

Допоміжна

1. Михайловська Н.С., Олійник Т.В., Профілактична медицина як основна діяльність сімейного лікаря: навчально-методичний посібник. Запоріжжя, 2017. 211 с.
2. Бабінець Л.С. Нутріціологія в сімейній медицині: навчальний посібник./За редакцією Л.С. Бабінець. Магнолія, 2022. 376 с.

1. Гаркавенко С.С. Маркетинг: підруч. - К.: Лібра, 2002. – 712 с.
2. Економіка охорони здоров'я: підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
3. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань / В.М. Лехан, Ю.В. Вороненко, О.П. Максименко та ін. – Д.:АРТ-ПРЕС, 2004. – 184 с.
4. Збірник тестових завдань до державних випробувань з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. Навч. посібник. – Вінниця: Нова книга, 2012 – 200 с.
5. Методи соціальної медицини / під ред. О.М. Очеретько, О.Г. Процек. – Вінниця: Тезис, 2007. – 410 с.
6. Населення України. Демографічний щорічник. – К.: Держкомстат України. (режим доступу: www.ukrstat.gov.ua).
7. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення. – К.: НІСД, 2012. – 96 с.
8. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я. – К.: «Здоров'я», 2002. – 359 с.
9. Програмні тестові питання з соціальної медицини та організації охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 316 с.
10. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації. – К.: Книга плюс, 2010. – 328 с.
11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.

Інформаційні ресурси

1. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підручник /. Г87 Є. Я. Склярів, М.А. Бичков, Н.М. Громнацька та ін.; за ред. Є.Я. Скляріва, М.А. Бичкова. – Київ, ВСВ «Медицина» 2020 р. Режим доступу: <https://library.pdpu.edu.ua/images/2021/medbook/80.pdf>
2. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом https://nashaucheba.ru/v52714/%D0%B3%D1%83%D0%B1%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE_%D1%96.%D1%8F.,_%D1%88%D0%B5%D0%B2%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE_%D0%BE.%D1%82._%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D1%81%D0%B5%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D

0%B9_%D0%B4%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D1%8F%D0%B4_%D0%B7%D0%B0_%D0%BF%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%94%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%BC_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D1%81%D0%B5%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D0%B4%D1%83%D1%80,_%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D1%96%D0%BF%D1%83%D0%BB%D1%8F%D1%86%D1%96%D0%B9_%D1%82%D0%B0_%D0%BF%D0%B%D0%B0%D0%BD%D1%96%D0%B2

3. Михайловська Н.С., Олійник Т.В., Профілактична медицина як основна діяльність сімейного лікаря

3.http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/5960/1/Myhajlovs'kaNS17_Profi_mjodsl.pdf

- Всесвітня організація охорони здоров'я www.who.int
- Кохрейнівський центр доказової медицини www.cebm.net
- Кохрейнівська бібліотека www.cochrane.org
- Національна медична бібліотека США – MEDLINE www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed
- Канадський центр доказів в охороні здоров'я www.cche.net
- Центр контролю та профілактики захворювань www.cdc.gov
- Центр громадського здоров'я МОЗ України www.phc.org.ua
- Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх»:
<http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>
- Журнал British Medical Journal www.bmj.com
- Журнал Evidence-Based Medicine www.evidence-basedmedicine.com