

**Кафедра Общественного здоровья и
здравоохранения с курсом Социальной
работы**

Кафедра экономики и менеджмента

**Тема: Укрепление здоровья населения.
Современные проблемы профилактики.**

лекция № 7

**для студентов 3 курса,
обучающихся по специальности 006101
Лечебное дело**

к.м.н., доцент Кутумова О.Ю.

г. Красноярск, 2013 год

План лекции:

1. Определение
2. Основные задачи медицинских осмотров
3. Организационные формы медосмотров
4. Причины недостаточной эффективности медосмотров
5. Диспансеризация населения
6. Цель и задачи диспансеризации
7. Группы диспансерных больных
8. Этапы диспансеризации
9. Процесс управления здоровьем

- **Концепция хронического заболевания включает понимание его сущности и проявления, а также учение об этиологии и возникновении заболевания.**
- **Необходимо помнить, что хроническое заболевание необратимый процесс, ведущий к морфологической деструкции. В то же время многие хронические заболевания, выявляются случайно: при проведении осмотра по поводу других заболеваний; комплексных медицинских обследованиях, на вскрытии. Так, например, у 50-60% пожилых людей без каких-либо прижизненных клинических проявлений, цирроз печени, камни желчного пузыря и др., выявляют только на вскрытии.**

Хронические неспецифические заболевания

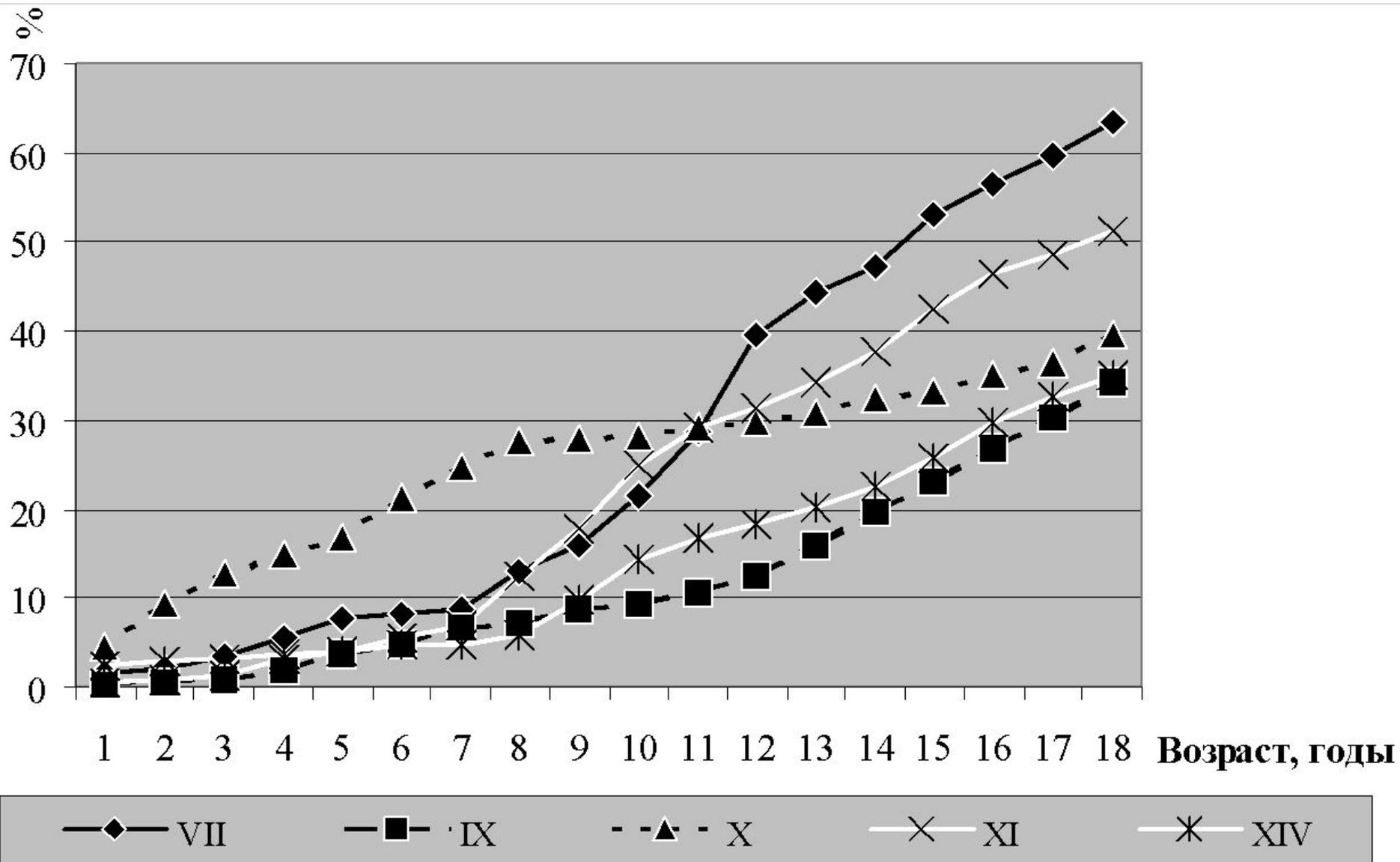
- I. Хронические неспецифические заболевания, возникшие вследствие острого, до конца не вылеченного или осложнившегося острого заболевания;
- II. Первично хронические заболевания – протекающие с самого начала хронически

- Если острые заболевания отличаются непродолжительностью во времени, способностью к самоизлечению, возможностью быстрого излечения или риска быстрой смерти, то хронические заболевания характеризуются склонностью к затяжному течению.
- По своим особенностям и подходам к лечению хронические заболевания делятся на 4 группы:
 - а) бессимптомные,
 - б) прогрессирующие,
 - в) инвалидизирующие,
 - г) неизлечимые.

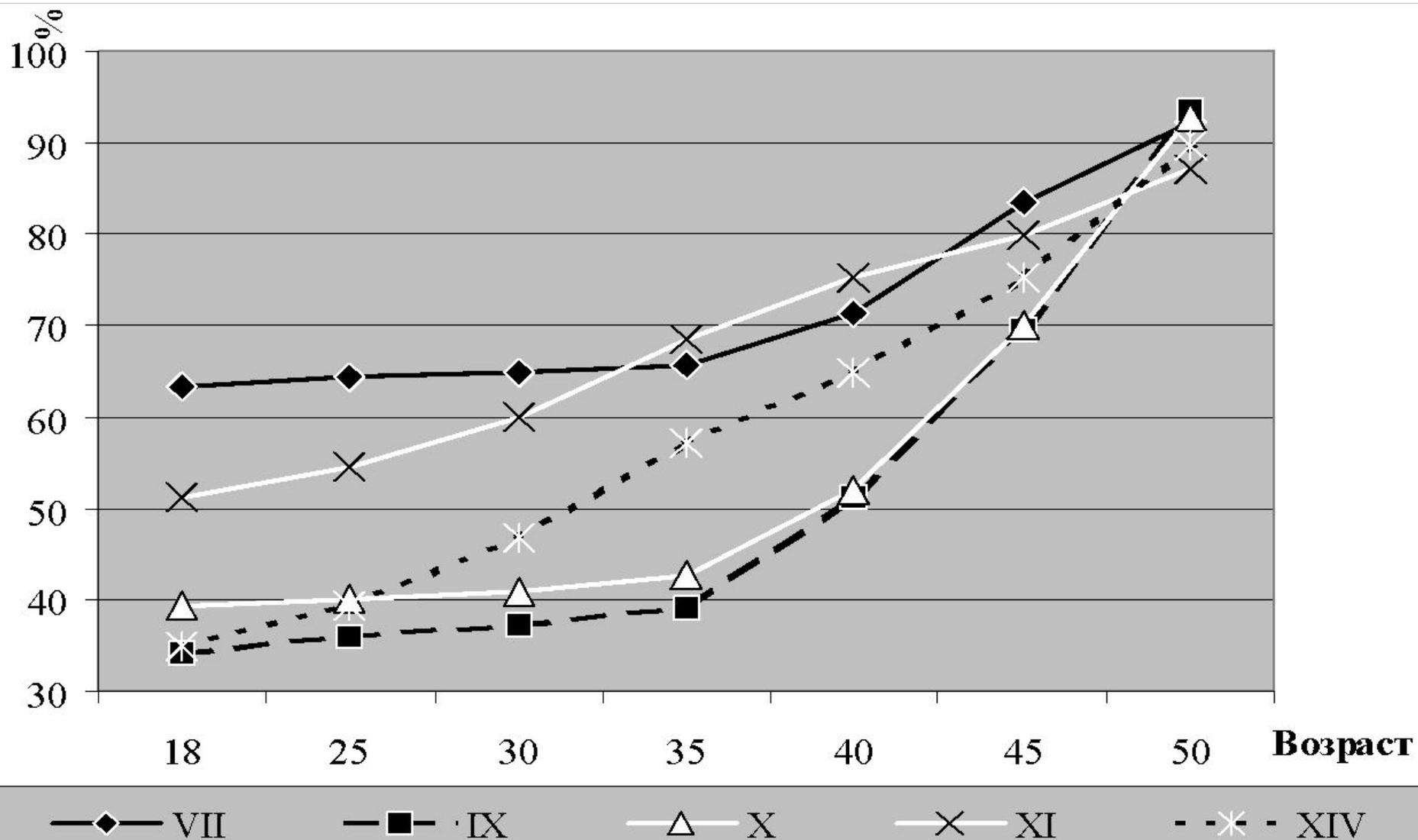
- При проведении лечебных и профилактических мероприятий следует учитывать, что:
 - 1) по своей сущности хронические заболевания основываются на принципиально тех же нарушениях биологических закономерностей, что и острые заболевания;
 - 2) хроническое заболевание характеризуется длительным течением и прогрессированием с развитием деструктивно-морфологических изменений;
 - 3) в течении и прогрессировании хронического заболевания доминирующую роль играет внутренняя среда, особое значение при этом придается процессу старения;
 - 4) особые трудности возникают при проведении профилактических мероприятий у людей с хроническими заболеваниями.

- Многие первично хронические заболевания имеют семейную предрасположенность (ранние формы атеросклероза, гипертоническая болезнь, ревматизм, язвенная болезнь, сахарный диабет, конституциональное ожирение, шизофрения, мочекаменная болезнь, дерматозы, аллергические заболевания и др.).
- Современная международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), подразделяет их на 21 класс, которые почти все (кроме XIX-XXI) включают болезни с наследственным предрасположением.

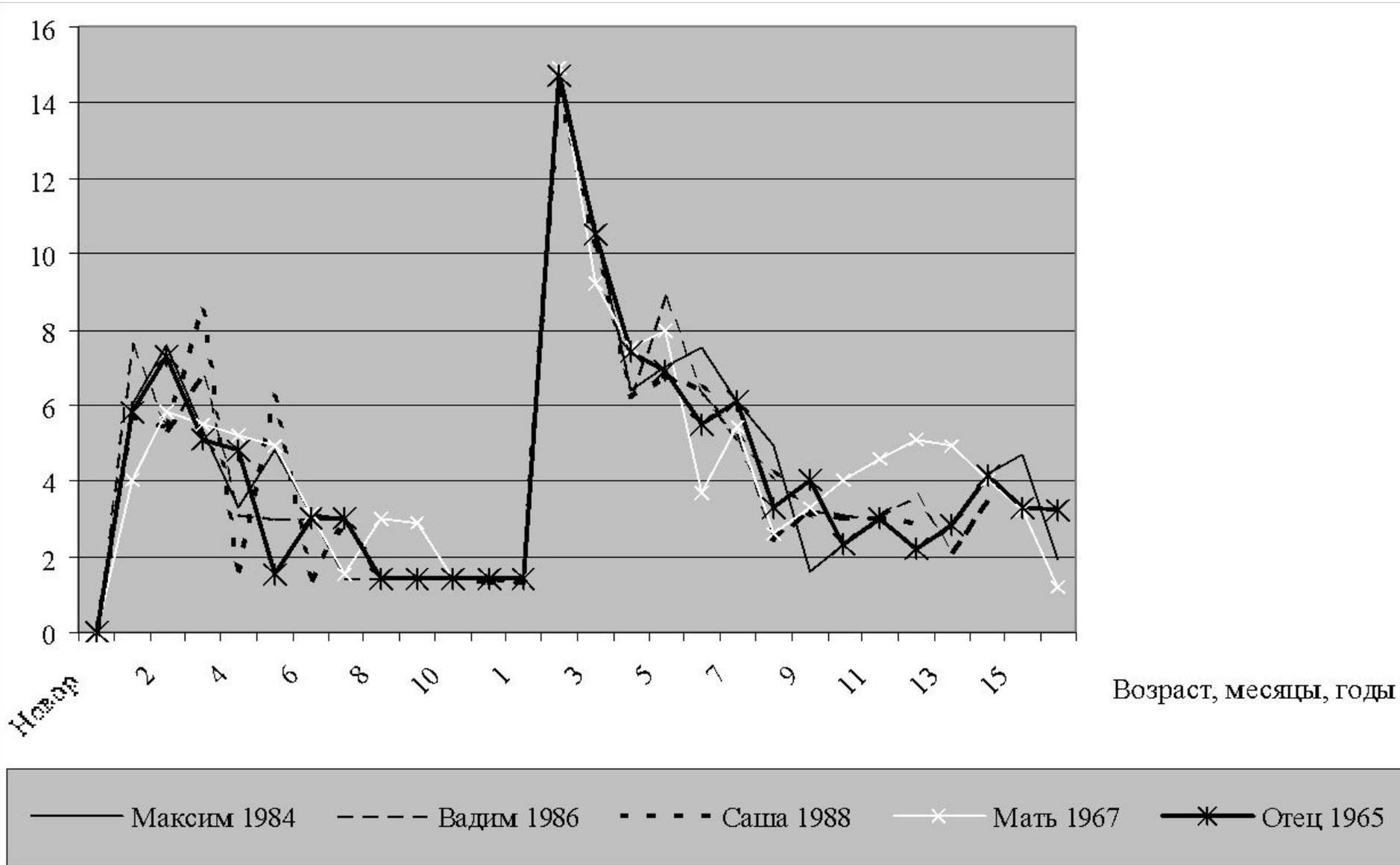
Динамика проявления наследственно обусловленных хронических заболеваний в течение ростового периода онтогенеза (по классам МКБ-10)



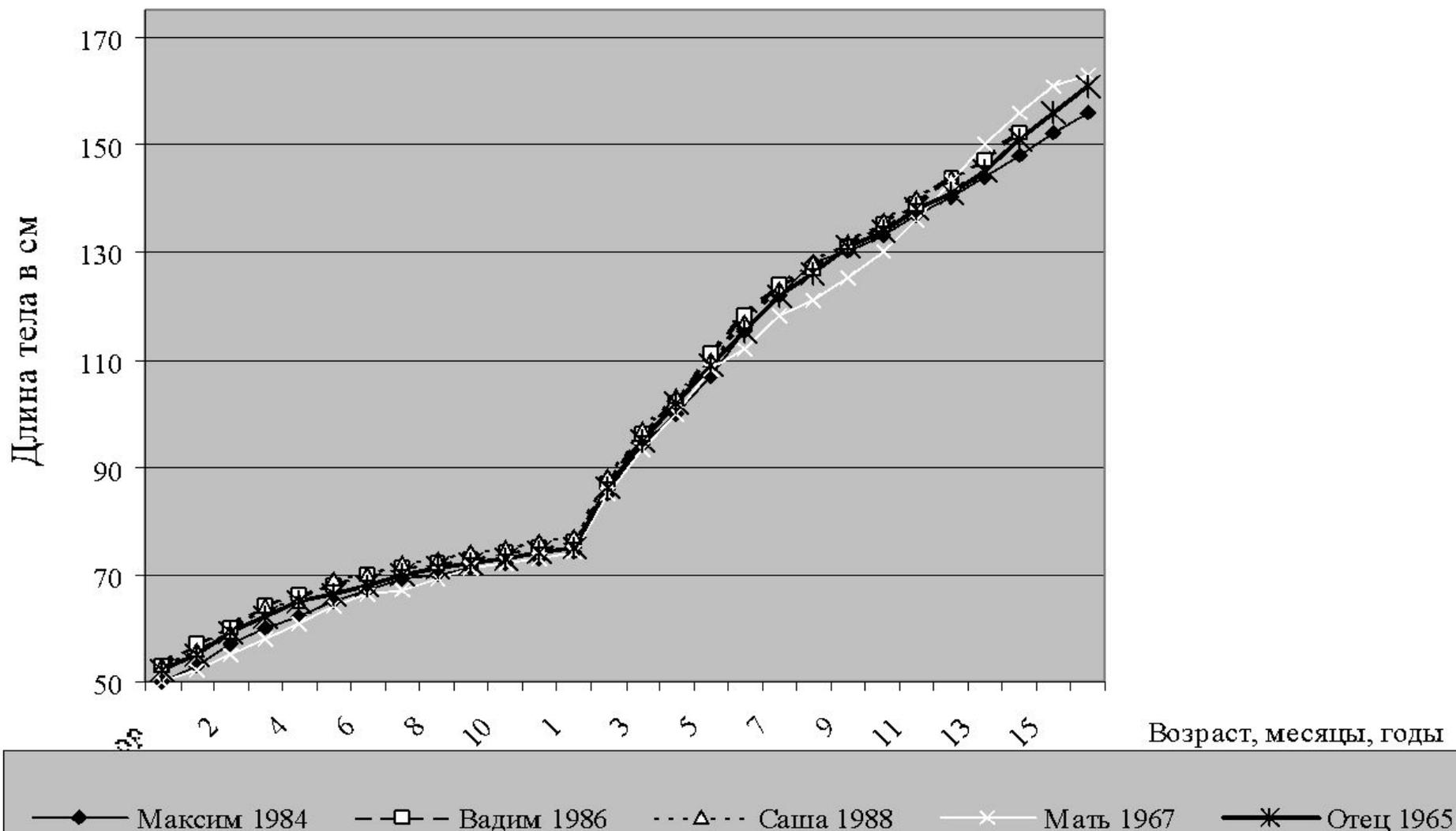
Динамика проявления наследственно обусловленных хронических заболеваний в течение периода жизни, от 18 до 50 лет (по классам МКБ-10)



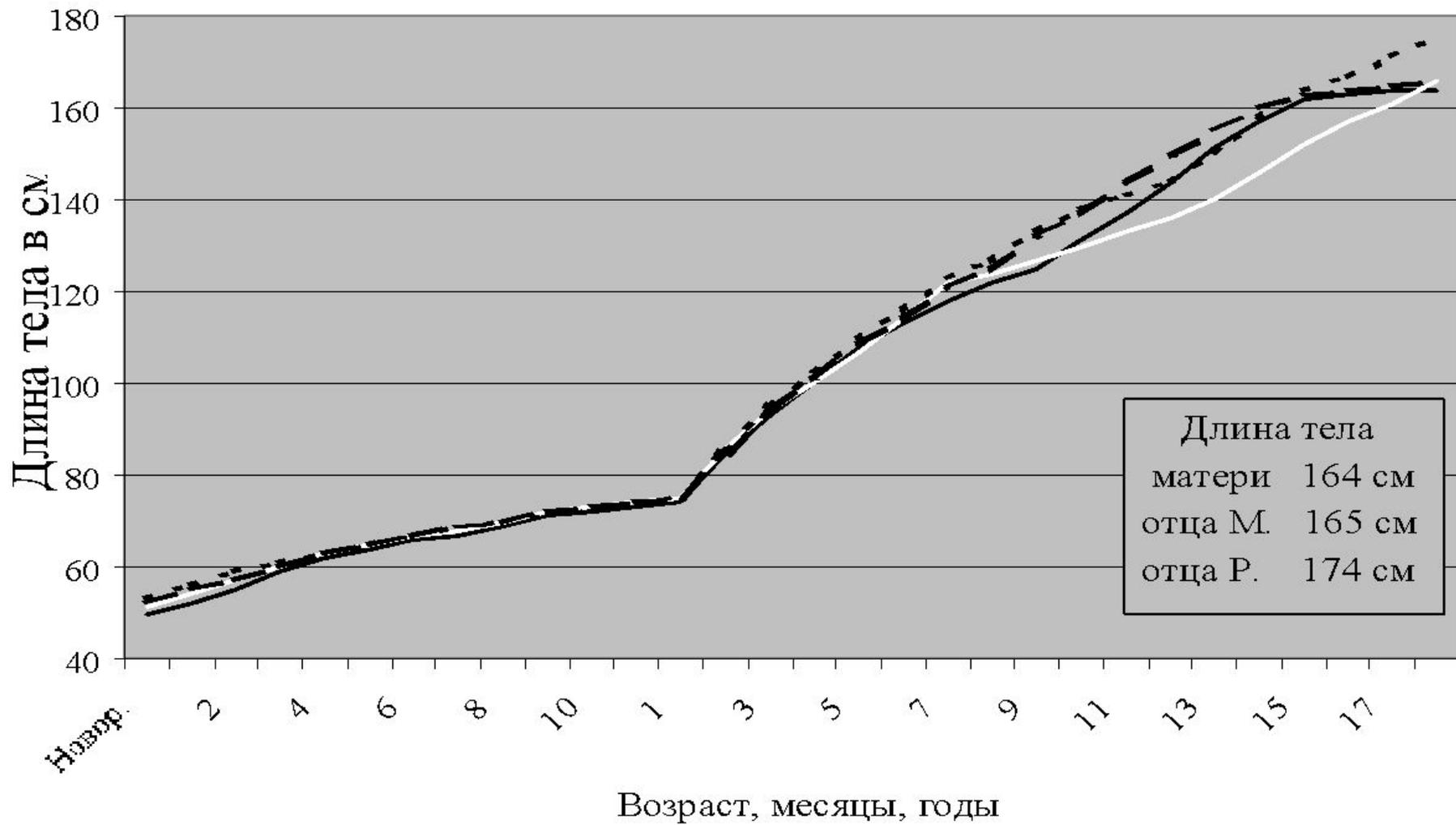
Динамика темпов роста длины тела членов семьи С.



Динамика абсолютных размеров длины тела членов семьи С.



Динамика абсолютных значений длины тела детей матери Р. от первого брака с М и от второго брака с Р.



— Наташа 1973

— Игорь 1975

- - - Света 1980

- - - Слава 1982

- Для социальной ситуации развития психики хронически больного человека характерны следующие признаки:
 - а) развитие астенического синдрома различной степени тяжести;
 - б) наличие витальной угрозы;
 - в) длительный характер лечения;
 - г) ограничение или полное исключение привычной деятельности и привычного круга общения;
 - д) различные негативные социальные последствия болезни.

- Целью лечения хронических заболеваний должно быть достижение нового равновесия на возможно высоком уровне. И правильнее было бы говорить не о лечении хронических заболеваний, а об улучшении качества жизни.

- Определение качества жизни основывается на оценке человеком уровня своего благополучия:
- физического;
- психического (интеллектуальное, эмоциональное);
- социального (профессиональная, домашняя, рекреационная активность, взаимоотношения на работе, в семье, в обществе);
- экономического.

Установление диагноза хронического заболевания, особенно сопровождающегося различными осложнениями, оказывает шокирующее воздействие на всю семью. Возникающие при этом психологические проблемы могут быть разделены на 3 периода:

- - диагностический период. Определение влияния данного заболевания на существующее состояние семьи (другие заболевания или напряженность, существующие в семье и не относящиеся к данному заболеванию, социально-экономическое состояние);
- - период первичной адаптации (понимание собственного состояния отличного от обычного, приспособление к правилам контроля, таким как регулярные приемы лекарственных препаратов, изменения в обычном питании и др.);
- - длительный период, направленный на то, чтобы справиться с болезнью (создание собственного образа, изменение в семейных отношениях, социальная активность, учеба, реабилитация во время каникул и др.)

Врач должен учитывать воздействие хронического заболевания на все этапы жизни.

- При хроническом заболевании у ребенка врач и семья беспокоятся о влиянии заболевания на физическое и эмоциональное развитие ребенка, его будущие социальные связи и образование.
- Когда хронический недуг выявляют у подростка, готовящегося к социальной и экономической независимости, то может пострадать и его будущая независимость.
- Хроническое заболевание у молодых и среднего возраста пациентов влечет серьезные экономические последствия, так как именно эти годы наиболее продуктивны и часто пациентам приходится заботиться о более молодых членах семьи и о стариках.
- Хроническая болезнь - всегда серьезная угроза вследствие пониженной способности больных реагировать на болезнь и, нередко, перед пациентом стоит угроза, что заболевание может стать пожизненным.

- **Стадии воздействия семьи на болезнь:**
 - 1-я – начало болезни,
 - 2-я - реакция на диагноз,
 - 3-я - большие усилия по лечению,
 - 4-я – выздоровление,
 - 5-я – закрепление выздоровления и реабилитация.
-
- Следует отметить, что не существует единой модели, описывающей хронологические стадии реакции на все болезни во всех семьях.

Процесс управления здоровьем

Сбор информации и
принятия решений

Реализация
управленческих
решений

Диагностика
здоровья

Формирование
здоровья

Прогнозирование
здоровья

Сохранение и укрепление
здоровья

Обратная связь

Диспансеризация

Диспансеризация населения – основной метод профилактической деятельности

***Главная задача диспансеризации
предупреждение развития заболеваний
и продление ремиссий при хронических болезнях.***

Основные задачи медицинских осмотров:

1. Активное выявление лиц с общими и профессиональными заболеваниями в их ранних стадиях;
2. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья лиц, подлежащих воздействию неблагоприятных, производственных факторов;
3. Определение отклонений в показателях, характеризующих физическое развитие и трудоспособность;
4. Разработка рекомендаций, направленных на улучшение условий труда, устранение или значительное уменьшение неблагоприятных производственных факторов;
5. Проведение индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий по результатам медицинского обследования в целях восстановления нарушенных функций организма и трудоспособности заболевших.

Медицинские осмотры делятся:

1. Предварительные;
2. Периодические;
3. Целевые;

Организационные формы профилактических осмотров:

1. Охват населения по производственному принципу;
2. Охват населения по территориальному принципу;
3. Охват сельского населения по территориально-производственному принципу с использованием мобильных систем;
4. Охват части населения осмотрами на базе специализированных служб (диспансеров, клиник медицинских институтов, профилактических центров).

Массовый скрининг – это массовое обследование населения здорового или же имеющего какие-либо заболевания, но не страдающего от данной патологии.

Основная цель скрининга- осуществить первичный отбор лиц с подозрением на заболевание в целях проведения им углубленного обследования.

10 критериев скрининга:

- состояния, подлежащие скринингу, должны быть серьезными;
- наличие приемлемого лечения для пациентов с данным заболеванием;
- наличие учреждений диагностики и лечения;
- должна существовать признанная латентная или ранняя симптоматическая стадия;
- наличие соответствующего теста или обследования;
- тест или обследование должны быть приемлемы для населения;

- должно существовать адекватное понимание естественного развития заболевания от латентной стадии до явных проявлений заболевания;

- должна существовать согласованная политика в вопросе о том, кого следует считать пациентами;

- затраты на выявление (включая диагностику и последующее лечение пациентов) должны быть экономически сбалансированы по отношению к расходам на медицинскую помощь в целом;

- выявление заболеваний должно быть постоянным, а не однократным процессом.

Основные причины недостаточной эффективности профилактических осмотров:

1. Отсутствие у пациента явных признаков болезни приводит к недостаточной настороженности врача;
2. Неэффективное использование современных методов диагностики;
3. Кратковременное общение врача и больного;
4. Низкий уровень ежегодного обследования контингента неорганизованного населения;
5. Недостаточное использование скрининговых методов.

Диспансеризация населения включает:

- 1. Ежегодные осмотры населения врачами с участием средних медицинских работников и проведение необходимых лабораторно-диагностических и функциональных исследований;**
- 2. Дообследование нуждающихся современными методами диагностики;**
- 3. Проведение необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий;**
- 4. Диспансерное наблюдение за больными и лицами, имеющими факторы риска.**

Основной целью диспансеризации являются разработка и осуществление комплекса мероприятий, направленных:

- на сохранение и укрепление здоровья;
- предупреждение развития заболеваний;
- снижение заболеваемости;
- увеличение активного творческого долголетия на основе динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

Основные задачи диспансеризации:

1. Определение состояния здоровья каждого человека ежегодным осмотром и его оценка с учетом возрастных, половых и профессиональных особенностей;
2. Дифференцированное активное динамическое наблюдение за здоровыми лицами, имеющими факторы риска, и больными;
3. Постепенный переход от наблюдения за отдельными лицами к посемейному наблюдению;
4. Выявление и устранение причин, вызывающих заболевания;
5. Содействие устранению вредных привычек и формированию здорового образа жизни;
6. Своевременное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий;
7. Совершенствование технического обеспечения проведения ежегодных осмотров и динамического наблюдения за здоровьем населения с использованием автоматизированных систем.













Be
Брацк
В
Ж
З
Е
Иххх
Ла
Ма
Л
По
Рос-с
Р
Потылицы
По
Ф
У
Та-о
Т
Ю
Я



Различают диспансеризацию:

- а) здоровых;
- б) групп риска;
- в) хронических больных

Методы диспансеризации здоровых и больных в основном едины.



24 11:19



24 11:24



24 12:08

Диспансеризация здоровых должна обеспечивать правильное физическое развитие, укреплять здоровье, выявлять и устранять факторы риска возникновения различных заболеваний широким проведением общественных и индивидуальных, социальных и медицинских мероприятий.

Диспансеризация больных должна активно выявлять и лечить начальные формы заболеваний, изучать и устранять причины, способствующие их возникновению, предотвращать обострение процесса и его прогрессирование на основе постоянного динамического наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Этапы диспансеризации:

- I. этап - планирование работы в связи с ежегодными осмотрами организованного и неорганизованного населения.
- II. этап – выявление контингента, подлежащего диспансерному наблюдению;
- III. Этап – проведение активного динамического наблюдения, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Функции медицинского персонала на каждом из этих этапов различны.

На первом этапе средние медицинские работники учитывают численность населения на участке, определяют возрастную-половую и социальный состав, выделяют наблюдаемых в других учреждениях.

Врачи определяют очередность приглашения на осмотр, составляют на каждого жителя индивидуальную программу обследования, разрабатывают графики осмотра на территории обслуживаемого участка.

Второй этап – выявление контингента, подлежащего диспансерному наблюдению.

Средние медицинские работники участвуют в профилактических осмотрах, проводят антропометрию, тонометрию, термометрию, измеряют артериальное давление и др., готовят документацию, посещают больных на дому.

Врачи выявляют больных на амбулаторных приемах, при посещении на дому, во время профилактических осмотров, при анализе медицинской документации (выписки из стационаров, специализированных учреждений, санаториев, листки временной нетрудоспособности и т.д.).

На третьем этапе в функции средних медицинских работников входят:

активное приглашение на прием больных, находящихся под наблюдением врачей, контроль за своевременностью явки; ведение картотеки диспансеризуемых, оформление медицинской документации; контроль за выполнением назначенных врачом лечебно-оздоровительных мероприятий; участие в периодических освидетельствованиях диспансеризуемых; ведение раздела «диспансеризация» в паспорте участка; ежемесячная информация врача и пополнение картотеки больных, состоящих под наблюдением врачей разных специальностей.

Если лица, находящиеся под диспансерным наблюдением, не являются к врачу, то средний медработник навещает их на дому или на работе, разъясняют необходимость врачебного обследования.

- **Примерная программа оценки качества диспансеризации больных:**

1. Своевременность взятия на диспансерный учет по данному заболеванию.
2. Соблюдение сроков осмотров (регулярность наблюдения).
3. Наличие необходимых лабораторных и других диагностических исследований (сравнивают перечень обследований, предусмотренных схемой-программой диспансерного наблюдения по данной нозологической форме).
4. Полнота и своевременность консультаций со специалистами – окулист, невропатолог, стоматолог, хирург и др. (проведена, не проведена).
5. Выполнение плана лечебно-оздоровительных мероприятий.
6. Анализ эффективности диспансеризации (улучшение, выздоровление, снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности, первичного выхода на инвалидность и др.).

Определение

Реабилитация определяется как комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма, а также социальной дееспособности и работоспособности больных и инвалидов.

Л.М. Клячкин

Определение

Процесс, при помощи которого больные с патологией возвращаются к оптимальному для них физическому, психологическому, социальному, эмоциональному, профессиональному и экономическому состоянию.

H. Gattiken, P. Goins, Ch. Dennis

Определение

Комплекс медицинских, профессиональных, педагогических, социальных и юридических мероприятий, целью которых является эффективное и как можно более раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) к общественно-полезной деятельности, формирование у них устойчивого положительного отношения к жизни, труду, обучению, семье, обществу.

В.П. Померанцев

Терминология

**Постоянный Комитет экспертов ВОЗ
утвердил единую терминологию:**

- **Медицинская реабилитация;**
- **Социальная реабилитация;**
- **Профессиональная реабилитация.**

Цель реабилитации

Цель реабилитации как государственной задачи заключается не только в достижении выздоровления больного, но и в том, чтобы помочь ему развить профессиональные навыки в соответствии со спецификой заболевания или дефекта или способности к трудовой деятельности вообще, а также восстановить личностный и социальный статус больного.

Задачи реабилитации

Ближайшие задачи реабилитации больных включают

- восстановление физического состояния для возобновления привычной активности
- просвещение больного и его семьи о возможной динамике болезни
- обеспечение психологической поддержки на ранних стадиях болезни.

Отдаленные цели

Отдаленные цели реабилитации больных включают идентификацию и устранение факторов риска, способствующих прогрессированию заболевания, обучение больного и формирование навыков здорового образа жизни, что улучшает прогноз, оптимизирует физическую активность и способствует возвращению профессиональной активности.

Основная цель

Основной целью реабилитации является возвращение больного к активной жизни, предупреждению инвалидности.

Стадии медицинской реабилитации

- Первая стадия - больничная – предусматривает проведение ранней реабилитации.

Для второй стадии – после больничной реабилитации – используются специальные реабилитационные центры, отделения «минимальной терапии» в поликлиниках, санаториях и курортах.

Третья стадия - называемая адаптационной - осуществляется главным образом в поликлинических условиях в процессе динамического наблюдения; для больных с необратимыми физическими поражениями или утратой функции осуществляется в специально предназначенных отделениях всеобъемлющей реабилитации.

Аспекты восстановительного лечения

- Медицинский, целью которого, является ликвидация последствий заболевания, устранение вызванных им функциональных расстройств. При каждом конкретном заболевании нужно выделять те основные меры, которые направлены на полное восстановление нарушенных функций;
- Физический – он включает все вопросы, относящиеся к применению физических факторов – ЛФК, интенсивных тренировок, механо- и трудотерапия, методов исследования, отражающих реакцию организма на воздействие физических факторов, и др. Основная цель – повысить физическую работоспособность;

Аспекты восстановительного лечения

Психологический – он отражает один из принципов реабилитации – восстановление личности и социального статуса. Для больных с ишемической болезнью сердца этот аспект является даже более важным, чем физический, так как в половине случаев именно психические факторы препятствуют возвращению больного к труду;

Социальный – он учитывает влияние социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, на эффективность реабилитационных мероприятий, социальное обеспечение, взаимоотношение больного с семьей, обществом, производством.

Принципы организации и осуществления реабилитации следующие

- Раннее начало восстановительных мероприятий;
- Этапное лечение от начала возникновения заболевания до его исхода;
- Преемственность и непрерывность лечения на всех этапах;
- Комплексный характер восстановительных мероприятий, т.е. использование всех средств, которыми располагает медицинская и социально-трудовая служба реабилитации;
- Индивидуализация мероприятий в каждом случае с учетом личностных особенностей больного.

Основные направления реабилитации

- **Медицинское**
- **Социально-трудовое восстановление больных и инвалидов, направленное на восстановление утраченных или ослабленных социальных и трудовых связей.**

Семья как социальная организация

Семья – самый распространенный вид социальной организации и вместе с тем самый фундаментальный институт общества. Институт семьи включает множество более частных институтов, а именно институт брака, институт родства, институт материнства и отцовства, институт собственности, институт социальной защиты детства и опеки и др.

Реабилитационный потенциал семьи

Новиковым и Т.Н. Меньшиковой (2005) на основе информации, полученной в результате исследования, разработан классификатор реабилитационного потенциала семьи.

Реабилитационный потенциал семьи определялся в соответствии с суммой набранных баллов:

- Высокий – 0-7 баллов
- Средний – 8-15 баллов
- Низкий – более 15 баллов.

Программы Реабилитации

Традиционные программы реабилитации больных включают 3 аспекта:

- 1) физические тренировки;
- 2) устранение факторов риска;
- 3) обучение больного и выработка рекомендаций для него.

Медицинское просвещение больного и выработка рекомендаций – составная часть программ реабилитации больных, позволяющая улучшить качество жизни больных.

Необходимые условия успеха

Непрерывность лечения. Даже сравнительно небольшой перерыв приводит к замедлению восстановления нарушенных функций, созданию порочных компенсаций в связи с тем, что больной стремится выполнить необходимую функциональную задачу любой ценой;

Комплексный, но однонаправленный характер реабилитационных мероприятий (единство биологических и психосоциальных методов воздействия), в осуществлении которых наряду с медицинским персоналом участвуют социолог, психолог, педагог, юрист и т.д. решающая роль, однако принадлежит врачу, хотя она и меняется на отдельных этапах выполнения реабилитационных программ;

Индивидуальность программы восстановительного лечения, но осуществление ее в коллективе больных, исходя из основной цели – возвращение больного в общество.

Реабилитационный центр

Реабилитационный центр может быть самостоятельным или входить в состав больницы. К разновидностям центров относятся:

- 1) Общие (амбулаторные или стационарные) центры медицинской реабилитации (после окончания лечения в больницах);
- 2) Специальные центры медицинской реабилитации;
- 3) Центры профессиональной реабилитации;
- 4) Комбинированные центры – медицинской и профессиональной реабилитации.

Семейная реабилитация

В семейной реабилитации выявляется 2 направления.

- Первое – лечебно-профилактическое.
- Второе – семейная реабилитация члена семьи, как социальной личности.

Факторы жизнедеятельности

Элементы качества жизни, отражающие функциональные состояния различных систем и организма в целом через взаимодействие с окружающей средой.

Самореализация личности

Самореализация личности – процесс целенаправленного использования полученных знаний и навыков в обыденной жизни и профессиональной деятельности при адекватной самооценке.

Модель базируется на концепции образа жизни, что позволяет связывать приобретаемые знания и навыки с определенными составляющими его формами жизнедеятельности: жизнеобеспечение, социальная коммуникация, рекреация, социализация.

Социальная коммуникация

Участие в процессах социальной коммуникации – это ключевой аспект полноценной социокультурной жизни, взаимодействий, обменов информацией между людьми.

Жизнеобеспеченностью

Под жизнеобеспеченностью понимается включенность людей в процессы хозяйственной жизни, в систему общественного разделения труда, дающая им средства существования.

Рекреация

Под рекрацией понимаются процессы восстановления сил и здоровья, которые инвалиды частично утрачивают в сферах труда и при выполнении своих повседневных обязанностей. Понятие рекрации тесно связано с представлениями о свободном времени и досуговых формах культурной активности.

Социализация

Под социализацией понимается освоение людьми знаний, навыков, стереотипов поведения, норм и правил, обеспечивающих их полноценное участие в стандартных формах социального взаимодействия и коммуникации.

- **Список литературы:**

- **Обязательная**

- 1.Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2012
- 2 Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: руководство к практически занятиям / В.А. Медик, В.И. Лисицин, М.С. Токмачев М.: ГЭОТАР-Медиа. 2012.

- **Дополнительная**

- 1.Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник для вузов ,М.: ГЭОТАР-Медиа.2011
-
- 2. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О.П. Щепин [и др.] М.: ГЭОТАР-Медиа .2011
-
- 3.Статистический анализ основных показателей здоровья населения и деятельности здравоохранения : учеб. пособие / И. П. Артюхов [и др.] Красноярск: тип. КрасГМУ , 2008.
-

- **Список литературы:**

-

- Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан: комментарии, основные понятия, подзаконные акты. – 3-е издание, перераб. И доп. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011.-544с.
- Демографический понятийный словарь / под ред. Л.Л. Рыбаковского. – М.: Медицина, 2010. – 464с.
- Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / под ред. О.П. Щепина, В. А. Медика. – М.: ГЭОТАР и- Медиа, 2011._ 592 с.
- Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / под ред. В.А. Медика, В.К. Юрьева. – 3-е издание, перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288с.
- Пэтри А., Сэбин К. Наглядная Медицинская статистика / пер. с англ. Под ред. В.П. Леонова. 2-е изд., перераб. И доп. - – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 168 с.
- Практическая демография / под ред. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2009. – 280с.
- Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие / под ред. В.З. Кучеренко. – 4-е издание , перераб. И доп. - – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 256с.

Спасибо за внимание!