

**ДЗ «Луганський державний медичний університет»
кафедра сімейної, соціальної, військової медицини і
організації охорони здоров'я**



***Навчальна дисципліна «СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА
ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»***

підготовки спеціаліста кваліфікації «Лікар» напряму підготовки 1101 «Медицина» для спеціальності 7.110106 «Стоматологія», III курс

Лекція. Тема 12. Комплексна оцінка здоров'я населення. Методика вивчення та оцінка чинників, що впливають на здоров'я населення. Медико-соціальна характеристика демографічних процесів.

В.о. завідуючого кафедри – к.мед.н., доцент Скляр С.І.

План лекції:

1. Медичні показники здоров'я населення. Основні джерела інформації при вивченні здоров'я населення.
2. Визначення поняття «фізичний розвиток», його генетична та соціальна обумовленість. Методи оцінки фізичного розвитку. Критерії та групи здоров'я.
3. Комплексна оцінка індивідуального здоров'я. Оцінка якості життя. Класифікація факторів ризику, які впливають на здоров'я.
4. Комплексна оцінка здоров'я населення. Інтегральні показники комплексної оцінки стану здоров'я населення: коефіцієнт життєстійкості населення; індекс людського розвитку. Показники системи оцінки здоров'я населення ВООЗ .
5. Особливості обліку захворюваності на найважливіші соціально значущі захворювання та з тимчасовою втратою працездатності. Облікові документи, правила їх заповнення. Методика визначення показників вказаних видів захворюваності, їх оцінка.
6. Аспекти промоції стоматологічного здоров'я. Напрями профілактики в стоматології.

- *Загальнофілософський підхід*: здоров'я – це **норма** для живого, інтервал, у межах якого кількісні коливання біологічних процесів здатні утримувати живу систему на рівні функціонального оптимуму
- *Індивідуальний теоретичний підхід* : здоров'я - стан повного соціального, біологічного та психічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем урівноважені з навколишнім середовищем, відсутні захворювання, хворобливі стани чи фізичні дефекти (**ідеал**) ;
- *Індивідуальний практичний (фактичний) підхід*: здоров'я - стан організму, коли він здатний повноцінно виконувати свої функції (**реальний узагальнений стан**)
- В Уставі Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) наводиться визначення: «Здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби чи фізичних вад»

Популяційний підхід – для визначення здоров'я населення та окремих його груп єдиного критерію **немає**.

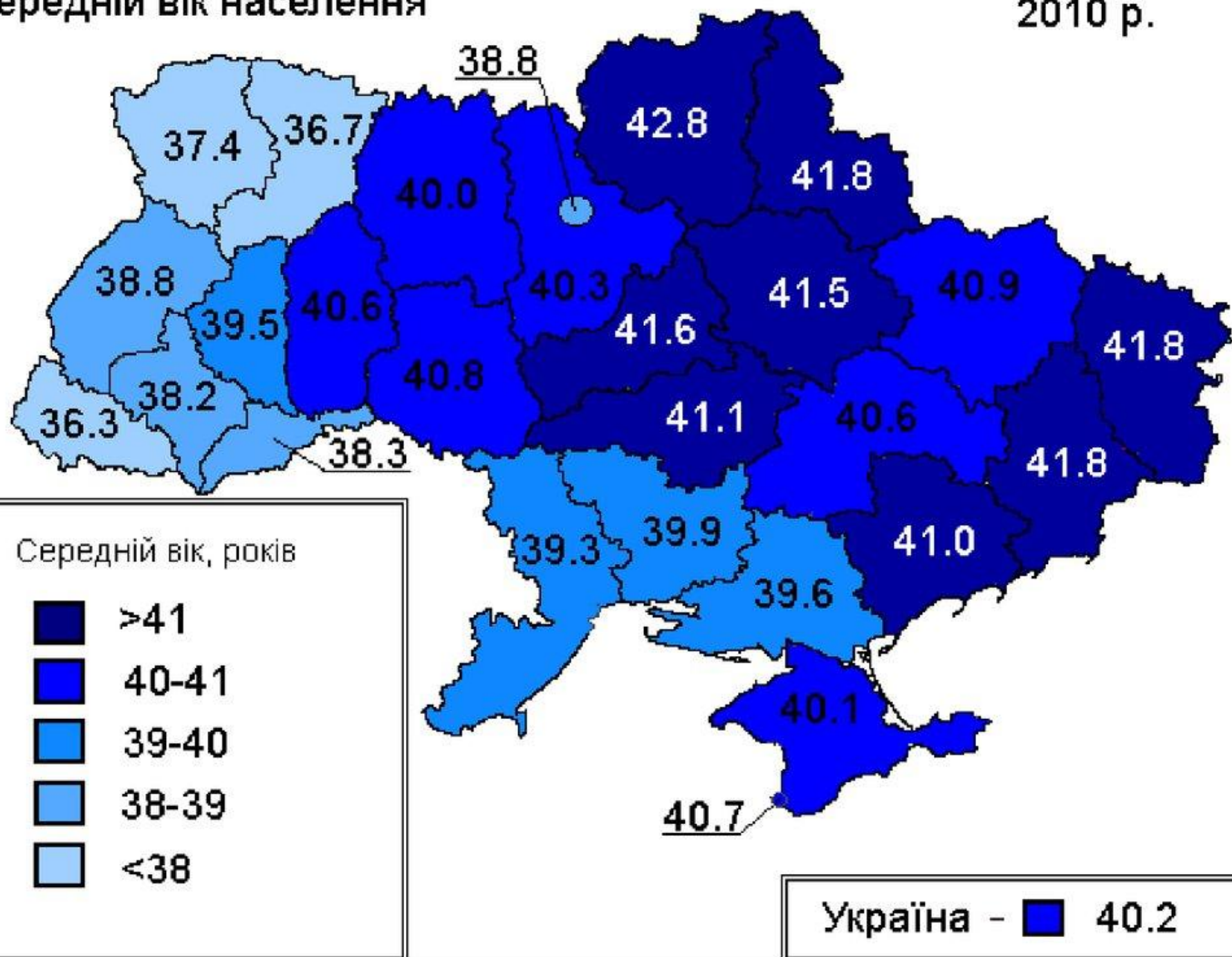
В статистиці прийнято використовувати комплексний підхід до визначення поняття **"здоров'я" населення**.

Під цим розуміють умовне статистичне поняття, яке характеризується комплексом показників:

- **демографічних** (народжуваність, смертність, середня очікувана тривалість життя);
- **захворюваності** (загальної, інфекційної, госпітальної та ін.)
- **фізичного розвитку** (морфо-функціонального та біологічного розвитку, гармонійності)
- **інвалідності** (первинної та загальної)
- **донозологічного стану** (імунітет, опірність систем, активність ферментів і ін.)

Середній вік населення

2010 р.

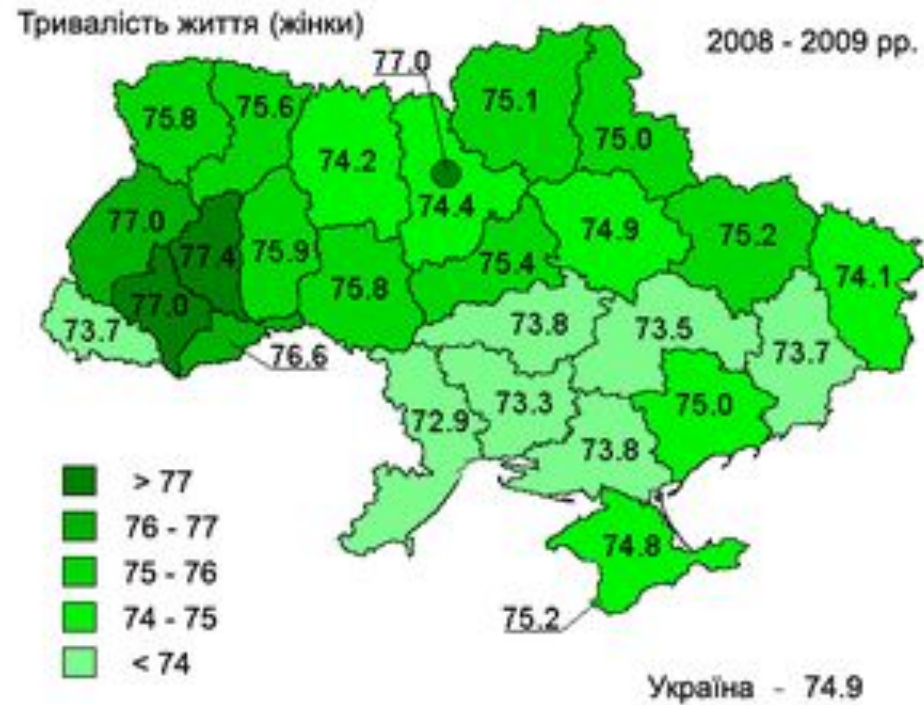
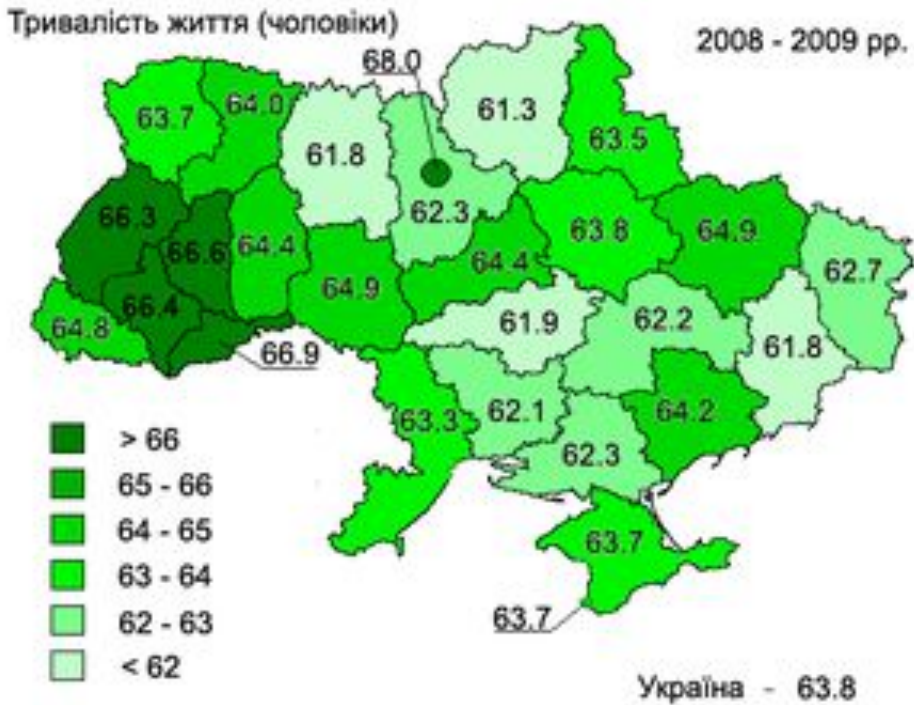


Комплексний показник здоров'я населення

$$\text{Helth index} = \text{Mt} \times \text{W} + \text{Mb} \times \text{W} + \text{Rp} \times \text{W}$$

де **Helth index** - комплексний індекс здоров'я населення;

- **Mt** - узагальнюючий індекс, що характеризує стан здоров'я населення за показниками смертності і тривалості життя (компонента смертності і тривалості життя);
- **Mb** - узагальнюючий індекс, що характеризує стан здоров'я населення за показниками захворюваності (компонента захворюваності);
- **Rp** - узагальнюючий індекс, що характеризує здатність населення до власного відтворення (компонента репродуктивного здоров'я населення);
- **W** - вага, з якою кожна компонента здоров'я населення розраховується при побудові комплексного індексу здоров'я населення.



Середня тривалість життя — середня ([середнє арифметичне](#)) тривалість життя представників певної групи, зазвичай визначена від [народження](#) до [смерті](#).

- У 1896–1897 роках середня тривалість життя в українських губерніях становила для чоловіків — 35.9 років, для жінок — 36.9, у Європейській частині Росії (31.3 і 33.4 років).
- У 1950 р. тривалість життя в Україні становила 61,3 роки у чоловіків і 69,7 років у жінок, у 1955 р. вона становила 65,4 роки і 72,2 роки, у 1960 р. — 67,4 роки у чоловіків і 73,9 років у жінок, у 1965 р. — 67,9 років у чоловіків і 74,6 років у жінок.
- Середня очікувана тривалість життя в Україні у 2008–2009 рр. становила 69.3 роки, в тому числі у міських поселеннях — 70.0 років, у сільських — 67.8 років.

Фактором ризику хвороби чи смерті є додатковий несприятливий вплив на організм, який підвищує ймовірність виникнення захворювання чи смерті.

Чинники, що впливають на здоров'я людини (Robbins, 1980)

№№	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, електромагнітні поля	20 - 21
3.	Біологічні чинники: спадковість, конституція, стать, вік	19 - 20
4.	Медичні чинники: щеплення проти інфекцій, медичні обстеження, якість лікування	8 - 9

коефіцієнт життєстійкості населення

- З 60-х років значного поширення набув комплексний показник – *коефіцієнт життєстійкості населення*, який також можна вважати одним із різновидів узагальнюючих показників здоров'я населення. Враховуються наступні системи показників:

- бюджетних витрат на соціальні, медичні та екологічні програми;
- якості продуктів харчування;
- очікуваної тривалості життя;
- смертності немовлят.

Критичне значення цього коефіцієнта знаходиться на рівні 1 бала, максимальне – 5 балів. Коефіцієнт на рівні чотирьох балів мали такі країни, як Бельгія, Люксембург, Нідерланди, Швеція, на рівні трьох балів – США, Японія. Коефіцієнт життєстійкості населення країн колишнього СРСР, в тому числі і для України, є порівняно низьким: 1,4 бали.

Вплив соціальних факторів на здоров'я людини

Соціально-економічні - умови праці; рівень кваліфікації; наявність доходу, його розмір; рівень освіти; організація відпочинку та ін.;

Правові - стан нормативно-правової бази в галузі охорони здоров'я;

Соціально-медичні - якість медичних послуг, їх доступність;

Соціально-біологічні - стать, вік, спадковість;

Соціокультурні - рівень освіти; гігієнічне навчання і виховання;

Екологічні - стан повітря, води, ґрунту; особливості клімату;

Особистісні - рівень загальної культури; відповідальність за своє здоров'я.

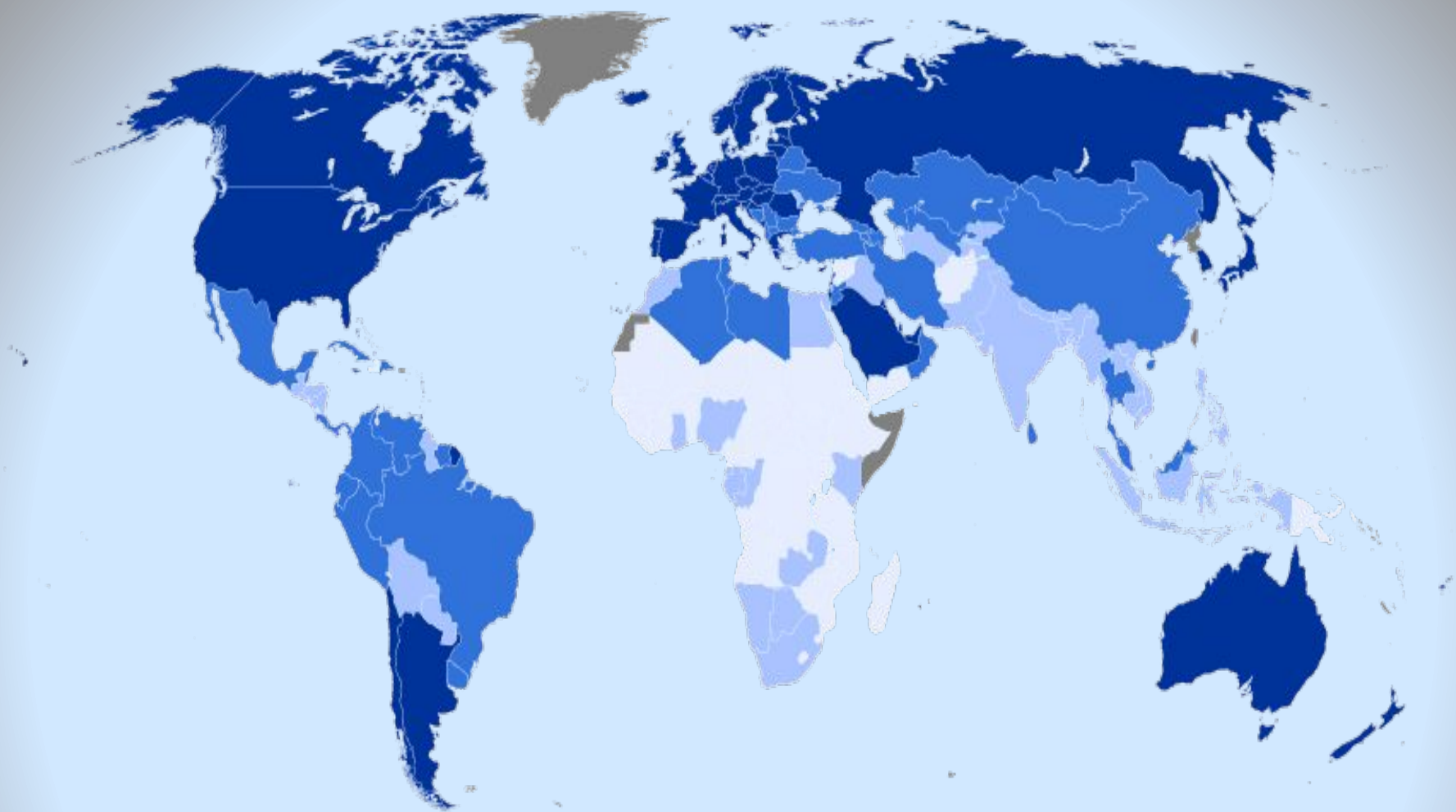
На 52-й сесії ВООЗ було підкреслено, що основні детермінанти здоров'я пов'язані з соціально-економічними факторами; зв'язок між станом здоров'я і зайнятістю, рівнем доходів, соціальним захистом, житловими умовами і утворенням чітко простежується у всіх європейських державах.

Індекс людського розвитку (ІЛР)

- ІЛР - (до 2013 року «Індекс розвитку людського потенціалу» (ІРЛП), *Human Development Index, HDI*) або *Індекс гуманітарного розвитку (ІГР)*) — інтегральний показник, що розраховується щорічно для міждержавного порівняння і вимірювання рівня життя, грамотності, освіченості і довголіття, як основних характеристик людського потенціалу досліджуваної території.
- Індекс публікується в рамках програми розвитку ООН в звітах про розвиток людського потенціалу.
- Розроблений групою економістів на чолі з [Махбубом-уль-Хаком](#) (1990).

При підрахунку ІЛР враховуються 3 види показників:

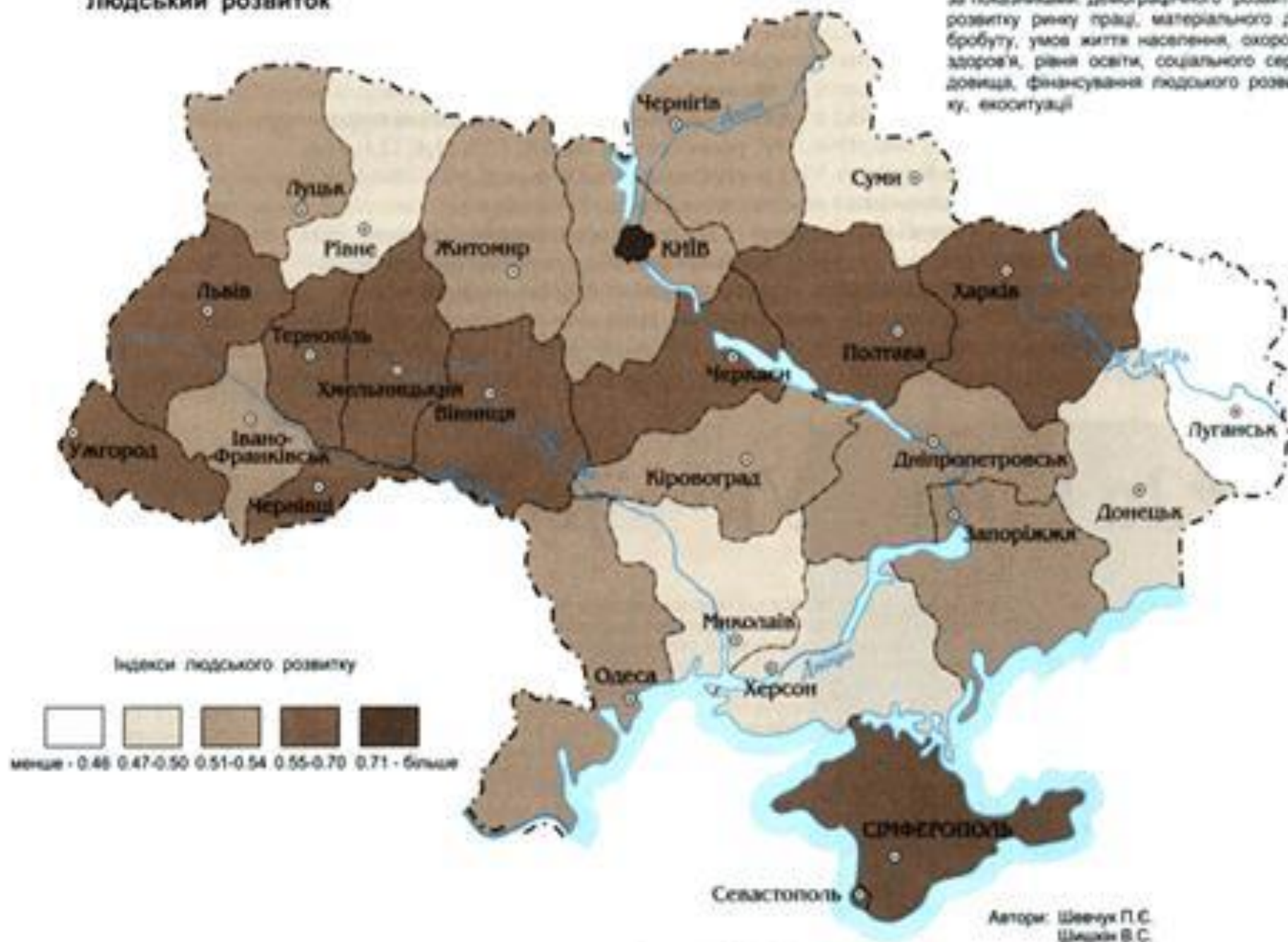
1. Очікувана тривалість життя
2. Рівень грамотності населення країни (середня кількість років, витрачених на навчання) та очікувана тривалість навчання.
3. Рівень життя, оцінений через ВНД на душу населення за паритетом кціпівельної спроможності (ПКС) в доларах США.



- 10 кращих країн за рівнем ІЛР (0,949 – 0,920) 2016 р.: Норвегія, Австралія, Швейцарія, Німеччина, Данія, Сингапур, Нідерланди, Ірландія, Ісландія, Канада, США.

Людський розвиток

Індекси людського розвитку розраховані за показниками: демографічного розвитку, розвитку ринку праці, матеріального добробуту, умов життя населення, охорони здоров'я, рівня освіти, соціального середовища, фінансування людського розвитку, екологічної ситуації



Джерела інформації для вивчення популяційного здоров'я

- 1) офіційні звіти лікувально-профілактичних закладів і органів охорони здоров'я, соціального забезпечення, ЗАГС у і статистичних органів;
- 2) спеціально організований облік випадків захворювань і смертей в лікувально-профілактичних закладах виділених зон спостереження – проспективні дослідження;
- 3) ретроспективна інформація облікових документів лікувально-профілактичних закладів за минулий період часу;
- 4) дані анкетування населення;
- 5) дані лікарських оглядів;
- 6) дані лабораторних і інструментальних досліджень;
- 7) результати математичного моделювання.

критерії комплексної оцінки стану здоров'я дітей і підлітків:

- 1. Наявність або відсутність у момент обстеження хронічних захворювань.
- 2. Рівень функціонального стану основних систем організму.
- 3. Ступінь опірності організму несприятливому впливу чинників навколишнього середовища.
- 4. Рівень нервово–психічного і фізичного розвитку, що досягнутий, та ступінь його гармонійності.
- Про **ступінь опірності (резистентності) організму** судять за даними щодо кількості захворювань з тимчасовою втратою працездатності і загострень хронічних хвороб протягом минулого та поточного років, а також за показниками стану неспецифічної резистентності (вміст Х–хроматину і гетерохроматину в слизовому епітелії щоби, глікогену в нейтрофілах, активність лужної і кислої фосфатази в нейтрофілах, дегідрогенази і сукцинатдегідрогенази в лімфоцитах, лізоциму і лактатдегідрогенази у слині, ступінь бактерицидності шкіри тощо).
- **Оцінка функціонального стану організму** проводиться з використанням клінічних методів, а також за допомогою спеціальних **функціональних проб** (ортостатична проба, проба Мартіне–Кушелєвського, проба Летунова, степ–тест (PWC170) тощо).

Схема груп та критеріїв здоров'я населення

- **Перша група здоров'я** – Здорові особи з гармонійним розвитком та рівнем розвитку функціональних систем організму, що відповідає вікові.
- **Друга група здоро'я** – Здорові особи, що мають функціональні та деякі морфологічні відхилення, а також знижену опірність до гострих та хронічних захворювань, тобто часто і тривало хворіють.
- **Третя група здоров'я** – особи, які страждають хронічними захворюваннями у стані компенсації, зі збереженням функціональних можливостей організму.
- **Четверта група здоров'я** – особи, які страждають хронічними захворюваннями у стані субкомпенсації, зі зниженими функціональними можливостями організму.
- **П'ята група здоров'я** – особи, які страждають хронічними захворюваннями у стані декомпенсації, зі значно зниженими функціональними можливостями організму.

Поняття про пов'язану зі здоров'ям якість життя

- Якість життя – це задоволеність життям і відчуття щастя (Dalkey, Rourke, 1972).
- **Якість життя** (Дж. Гелбрейт) є міждисциплінарним поняттям та інтегральним показником рівня розвитку суспільства, який вимірює досягнення країн світу з точки зору їх здатності забезпечити своїм жителям благополучне життя, а також – багатовимірним, тому, що якість життя людини визначається її філософією життя, сенсом існування, ієрархією цінностей і цілями життя. (Україна займає 73 місце серед 191 країни світу).
- Характеристика якості життя з *точки зору медицини* має два напрями розвитку: а) використання специфічних засобів дослідження, сконцентрованих на вивченні патологій або окремих особливостей здоров'я суспільства; б) неспецифічні – які використовуються для вивчення патологій у всіх їх різноманітності, та змінюються в залежності від стану здоров'я, психологічного стану та соціального оточення.
- *В клінічному аспекті* - якість життя є головною метою лікування при захворюваннях, що не обмежують тривалість життя, додатковою – при захворюваннях, що обмежують тривалість життя, і єдиною – для пацієнтів в інкурабельній стадії захворювання.

ВООЗ визначає **якість життя** як сприйняття людьми свого положення в житті залежно від культурних особливостей і системи цінностей та в зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами, турботами.

За ВООЗ загальна **якість життя оцінюється за параметрами:**

- фізична сфера: енергійність, втома, біль, фізичний дискомфорт, сон і відпочинок;
- психологічна сфера: самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення, здатність до навчання, пам'ять і концентрація;
- рівень незалежності: повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування;
- соціальна сфера: особистісні взаємовідносини, соціальна підтримка, сексуальна активність, фінансові ресурси, свобода, фізична безпека, охорона здоров'я: наявність на якість, домашнє середовище, можливості для отримання нової інформації та набуття нових навичок, рекреаційні можливості та відпочинок;
- навколишнє середовище: житло та побут, екологія (клімат, забрудненість, густионаселеність);
- духовність, релігійність і особисті переконання

(WHOQOL Mesuaring Quality of Life. World Health Organization. 1997)

- **Міжнародне співтовариство з дослідження якості життя** (*International Society for Quality of Life Research - ISOQOL*) визначає **якість життя, пов'язану зі здоров'ям** (*Health-Related Quality of Life - HRQOL*) як функціональний вплив медичного стану та/або лікувальної терапії на пацієнта. Тому *HRQOL* є суб'єктивним і багатовимірним поняттям та охоплює фізичне, професійне функціонування, психологічний стан, соціальну взаємодію і соматичні відчуття
- **«Якість життя, пов'язана зі здоров'ям»** є рівнем задоволеності чи щастя індивіда з тих сфер життя, які в тій чи іншій мірі або впливають на здоров'я, або від нього залежать. Якість життя, пов'язану зі здоров'ям можна відрізнити від якості життя в широкому значенні, оскільки вона стосується переважно тих факторів, які підпадають під сферу дії медичних працівників та системи охорони здоров'я.

- **Демографія** (*δήμος* — народ та *graphie* — письмо, описання) — — наука, що вивчає склад і рух населення та закономірності його розвитку.
- **Завдання демографії** – 1. Аналіз статистичних даних про рівні народжуваності і смертності, шлюбів і розлучень, тривалості життя; 2. Короткочасні та довгострокові прогнози стану та динаміки руху населення.
- **Основною метою демографії є** — виведення закономірностей та законів розвитку населення.
- **Об'єкт - населення**

Статистичне вивчення населення проводиться за двома основними напрямками:

- 1. характеристика населення на певний час (його чисельність, склад, особливості розселення тощо) - так звана *статика населення*;
- 2. характеристика процесів зміни чисельності населення - *динаміка чи рух населення*.
- В динаміці віділяють *механічний рух* населення (зміни, що відбуваються під впливом переселень - міграційних процесів) і *природний рух* населення (зміни, що відбуваються внаслідок народжуваності та смертності і характеризують процеси відтворення населення).

- На початок 2000 р. чисельність населення України становила 49,4 мільйона чоловік. За довгостроковим демографічним прогнозом, розробленим Державним НДІ інформації та моделювання економіки Національного агентства з питань інформації при Президенті України, чисельність населення нашої країни протягом наступних років продовжуватиме зменшуватись і на кінець 2025 р. становитиме **46,7** млн., що приблизно на 3 млн. чоловік менше, ніж зараз.
- За оцінкою [Державної служби статистики України](#), станом на 1 липня 2017 року чисельність наявного населення України становила **42 467 037** осіб

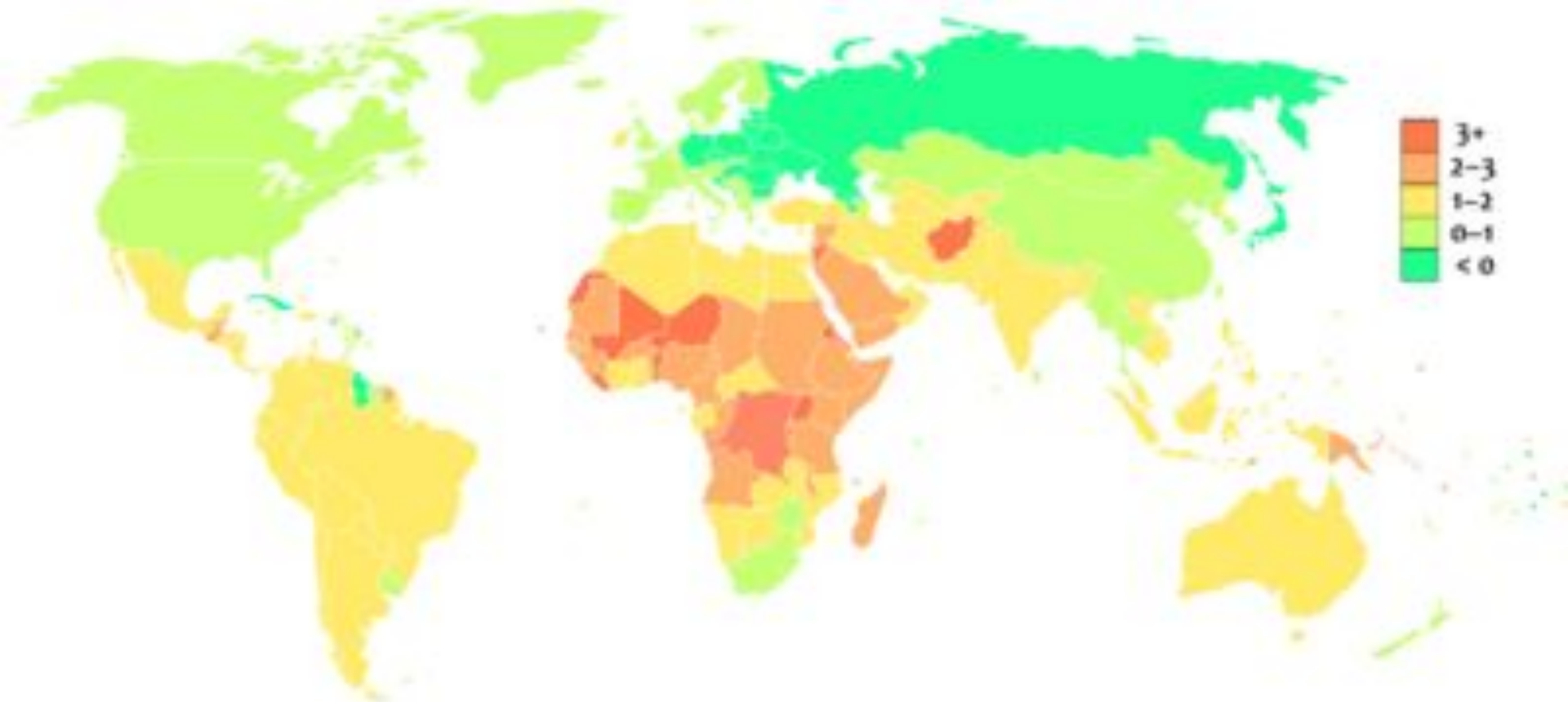
- **Урбанізація** - співвідношення міського та сільського населення України протягом останніх років: 68 % міського населення та 32 % сільського.
- **Статева структура** населення обумовлена різним рівнем смертності серед чоловіків і жінок, «демографічні воєнні відлуння», народжуваність 100:105. В Україні переважають жінки і на початок 2000 р. їх питома вага становила 54 %, чоловіків - 46 %, на початок 2017 року – 53,8% та 46,2%.
- **Вікова структура** (характеризується 1) зменшенням частки дітей; 2) постарішенням населення). Пов'язано з зменшенням народжуваності і Питома вага дітей в Україні в 1989 р. - 21 %, 1998 р. - 19,7 %, 2016р. – 16,1%
- **Постарішення населення.** В Україні питома вага осіб старше 60 років у 1939 р. - 7 %, у 1998 р. - 18,8 %, у 2016 р – 22,1%, а у 2025 р. буде – 30%. В місті у 90х рр. осіб пенсійного віку - 19%, а в сільській місцевості – 29,2%.

- Працездатного населення в місті – 59,3%, в селі – 49%;
- Показник *"демографічного навантаження"* - співвідношення дітей і осіб пенсійного віку до чисельності працездатного населення. На 1000 осіб працездатного віку *"демографічне навантаження"* на 1 січня 1999 р. становило 768 чоловік (дітей – 356, літніх – 412), а на 1 січня 2016 р. – 618 осіб (260 дітей та 358 літніх), в містах – 590, в сільській місцевості – 686.
- «Прогресивний тип» вікової структури – 0-14 р > понад 50р;
- «Стаціонарний тип» - 0-14 р = понад 50р;
- «Регресивний тип» - 0-14 р < понад 50р;

Механічний рух населення, або міграцію - переміщення його груп як у самій країні, області, районі - *внутрішню міграцію*, так і виїзд за межі держави - *зовнішню міграцію: еміграцію*.

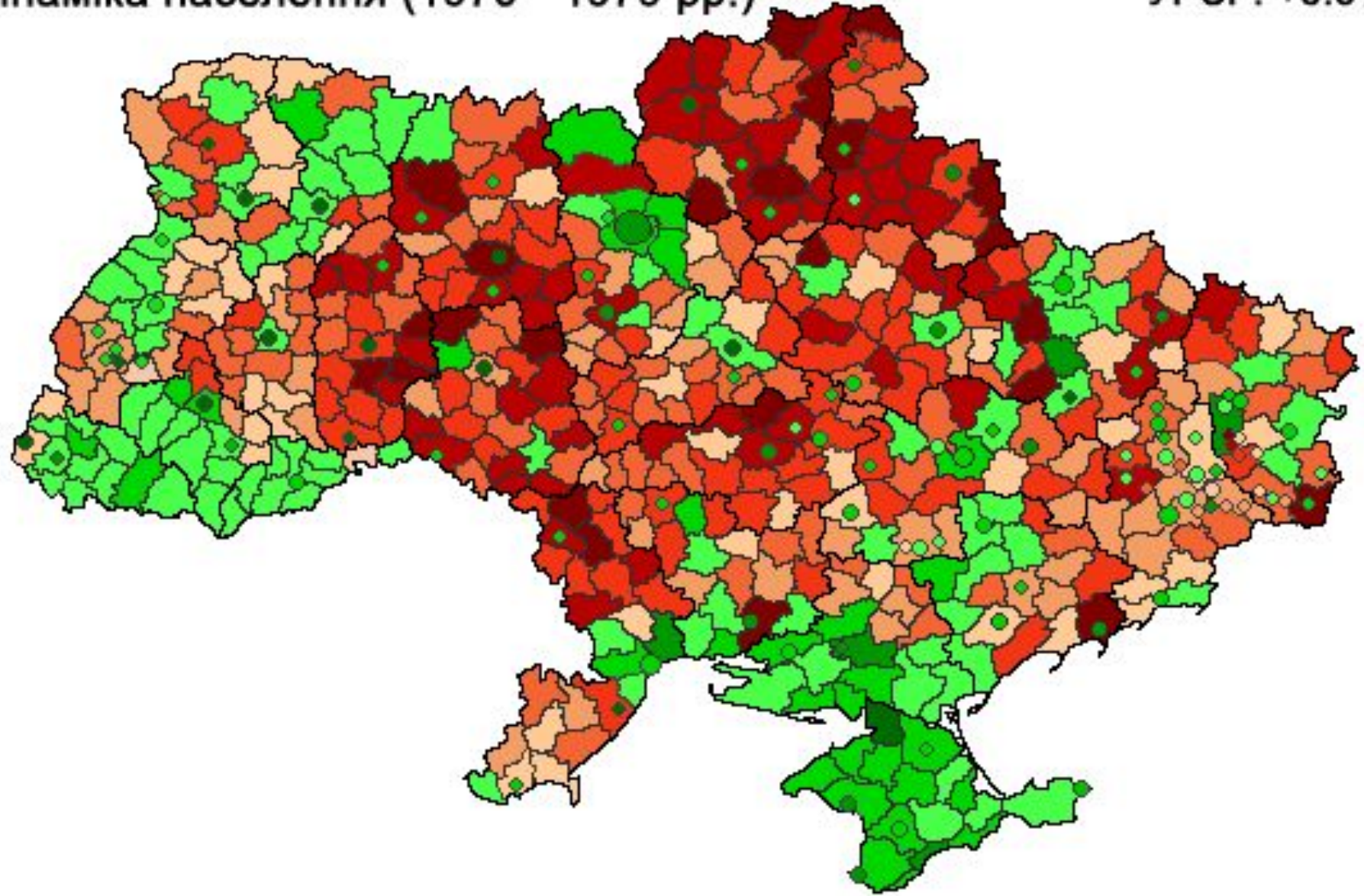
- **За територіальним принципом** міграція поділяється на:
 - а) міждержавну (вмежах одного континенту, між сусідніми державами);
 - б) у межах однієї держави.
- **За тривалістю міграція може бути:**
 - а) постійною, коли мігранти залишаються на новому місці на постійне проживання чи тривалий час;
 - б) сезонною (переїзд на нетривалий час, часто в зв'язку з сезонними роботами);
 - в) "маятниковою" (щоденний від'їзд сільських жителів на роботу, на навчання в міста та повернення ввечері до свого постійного місця проживання).
- **Розрізняють також склад мігрантів залежно від напрямку міграції** – у місто чи сільську місцевість.

- **Природний рух або відтворення населення** показує, чи забезпечують існуючі рівні народжуваності та смертності ***природній приріст населення (він може бути негативним (депопуляція) і***



Динаміка населення (1970 - 1979 рр.)

УРСР: +5.6%

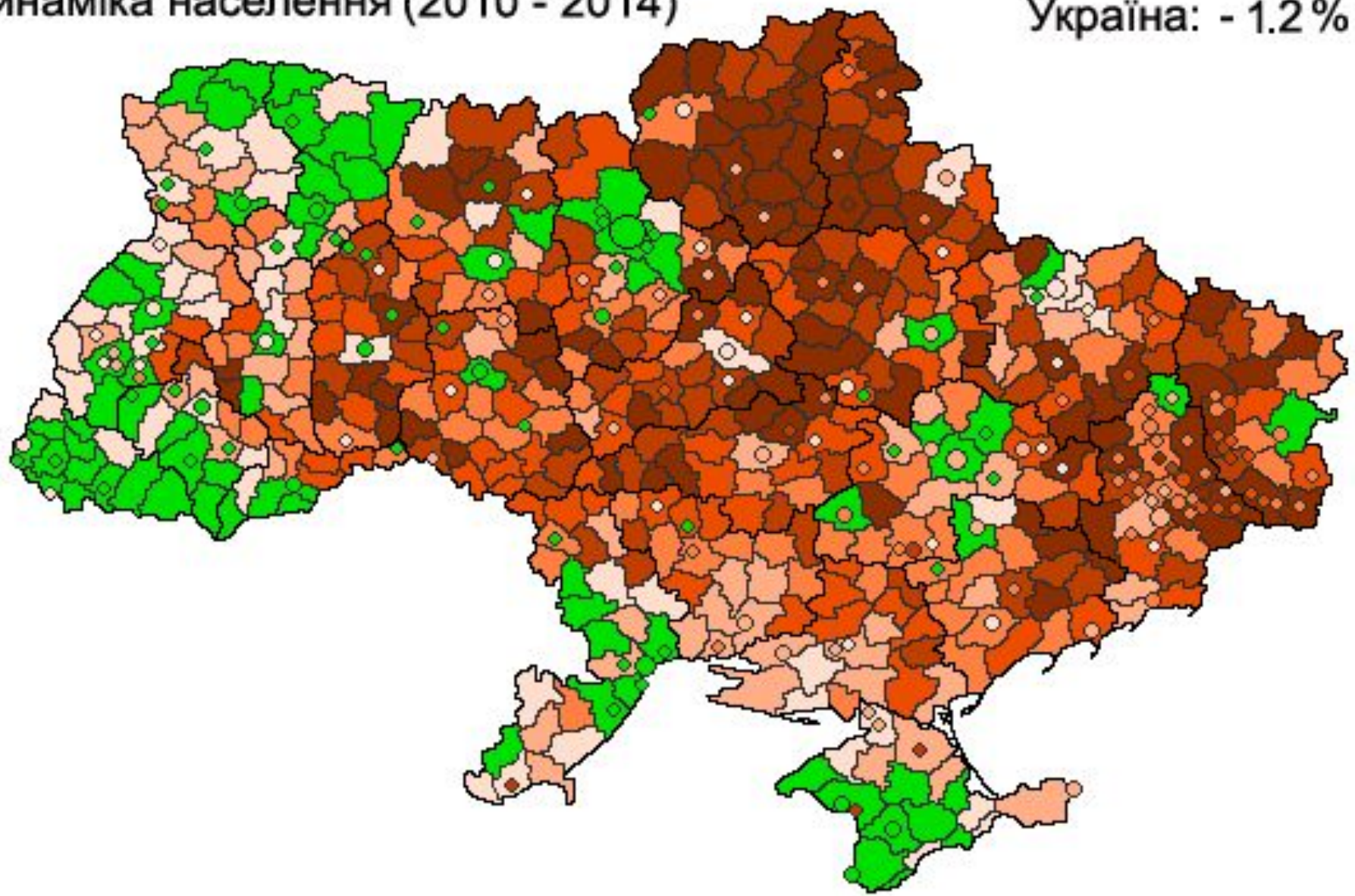


+40% +25% +10% 0 -3% -6% -9% -12% -15%



Динаміка населення (2010 - 2014)

Україна: - 1.2%



0% - 1% - 2% - 3% - 4% - 5%



Народжуваність



вагітності 28 тижнів і більше, довжина плода 35 см і більше, вага 1000 г і більше,

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.

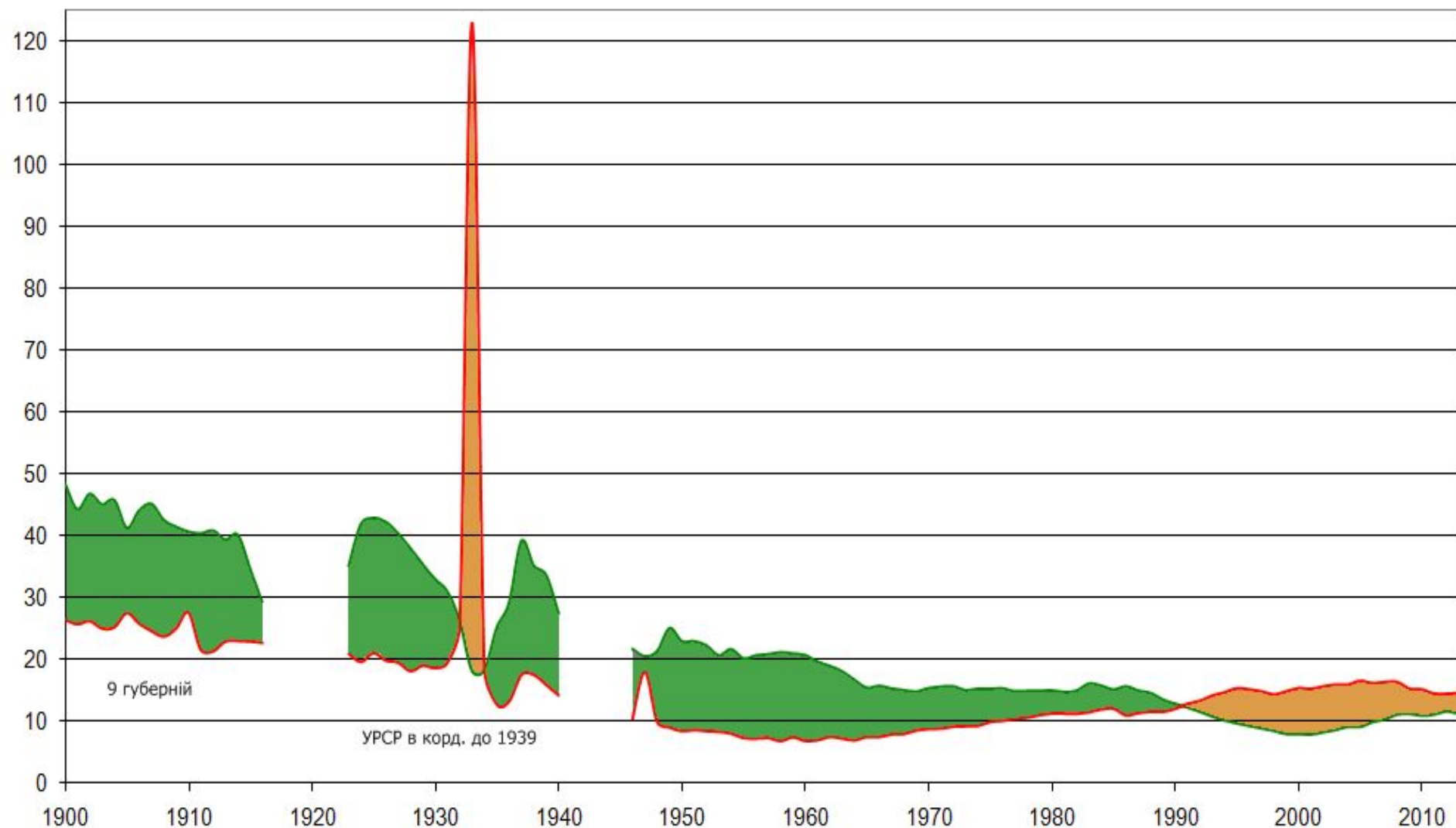
Смерть плода (мертвонароджений плід) - є смерть продукту зачаття до його повного вигнання чи вилучення з організму матері незалежно від тривалості вагітності: на це вказує той факт, що після такого відокремлення плід не дихає чи не виявляє інших будь-яких ознак життя, таких як: серцебиття, пульсація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

Загальний показник = $\frac{\text{Число народжених живими за рік} \cdot 1000}{\text{Середньорічна чисельність населення}}$
народжуваності

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

- сумарний показник відтворення населення - число дітей, народжених жінкою протягом фертильного періоду її життя (15-49 років);
- брутто-коефіцієнт відтворення - число 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.

Історична динаміка природного руху населення України



коефіцієнти (на 1000 осіб)

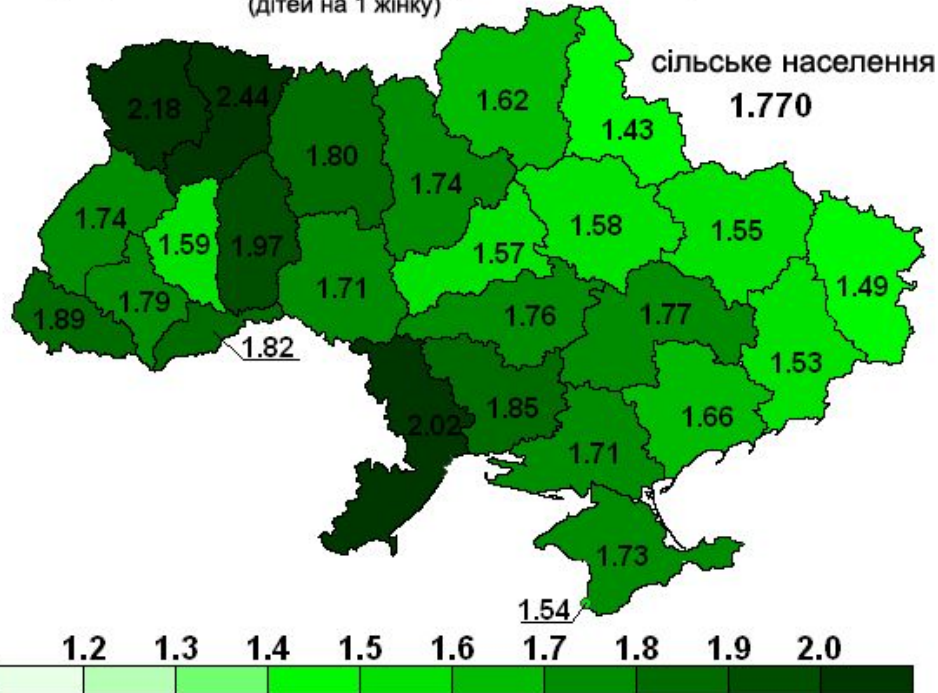
— народжуваності

— смертності

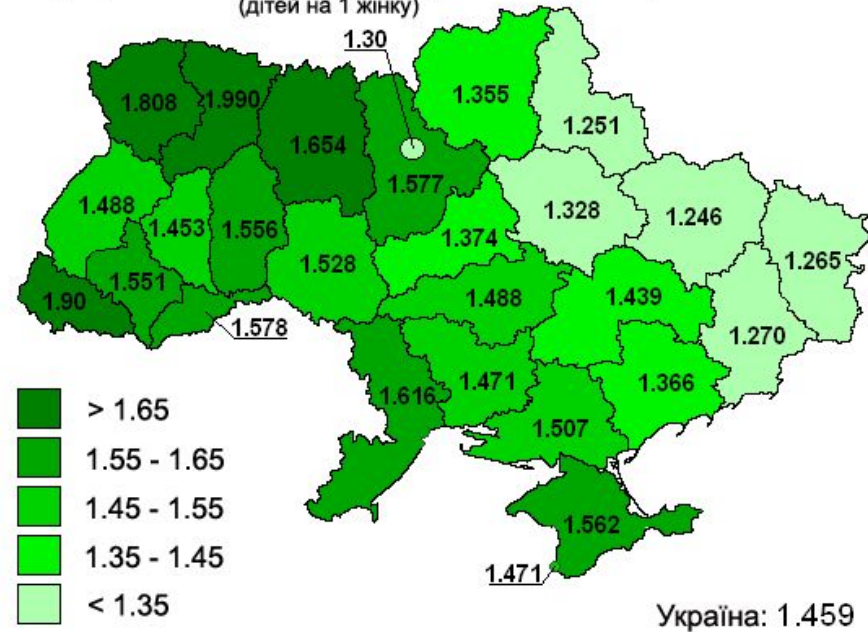
■ природний приріст

■ природне скорочення

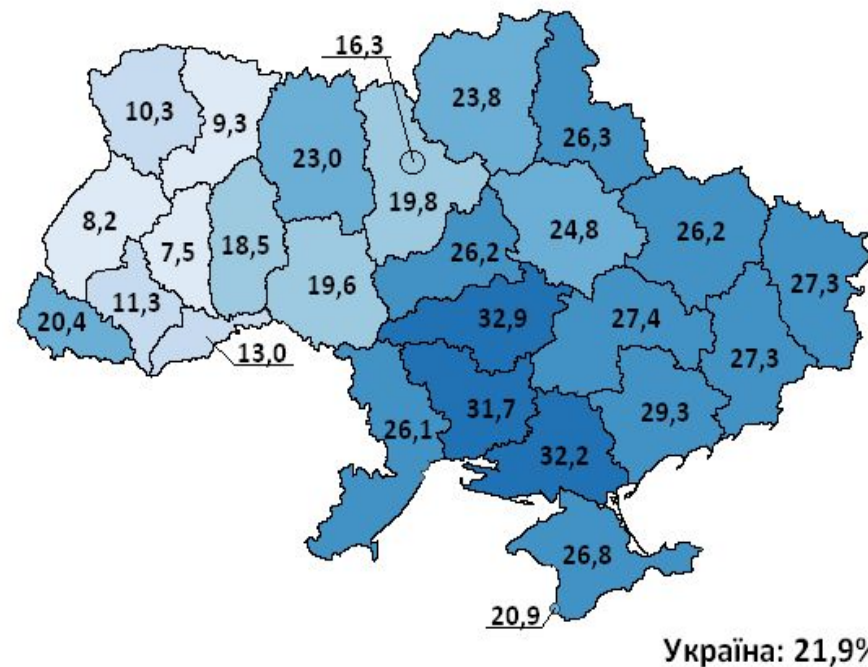
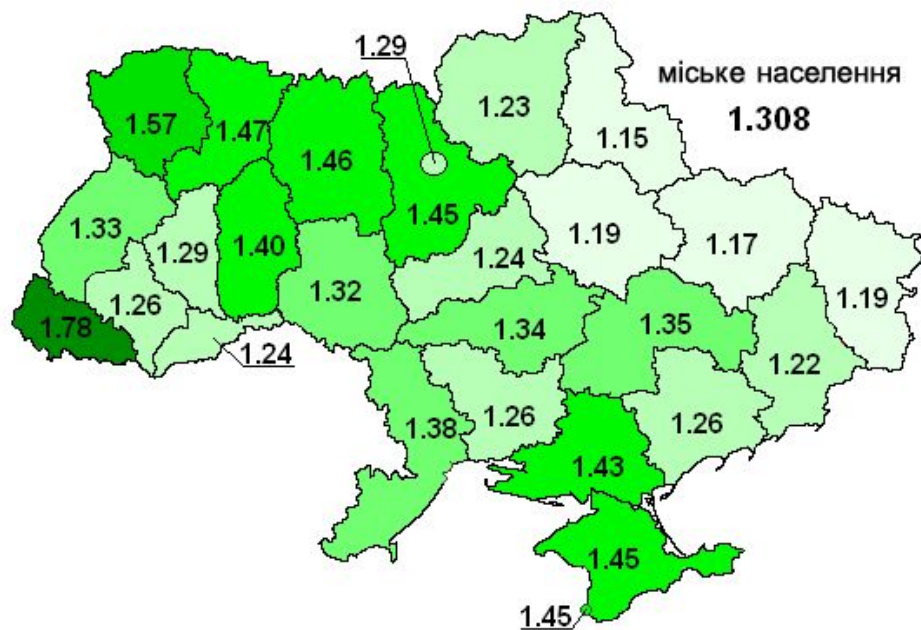
Сумарний коефіцієнт народжуваності у 2010 р.
(дітей на 1 жінку)



Сумарний коефіцієнт народжуваності у 2011 р.
(дітей на 1 жінку)



Позашлюбна народжуваність у 2011 р., %



Чинники, що впливають на народжуваність:

1. Структурні зміни середовища існування та ролі жінки у суспільстві: освітній фактор, фактор зайнятості жінок, фактор доходу і зміни в сутності та становищі сімейних формацій;
2. Ціннісні фактори: більша спрямованість жінки до фінансової незалежності, менша орієнтація на традиційні цінності та зростаюче поширення гендерної рівності.
3. Вигідність дитини;
4. Індивідуальний стиль життя;
5. Зменшення числа шлюбів і збільшення числа розлучень;
6. Активне залучення жінок до суспільного життя;
7. Диспропорція в статевому складі населення, незалежно від причин;
8. Незадовільний стан репродуктивного здоров'я жінок;
9. Економічна ситуація в суспільстві.

смертність

Засвідчення смерті проводиться за заявою родичів, сусідів, працівників ЖЕО, та інших осіб або за повідомленням адміністрації лікувального закладу, де сталася смерть.

Заява про реєстрацію повинна бути зроблена **не пізніше трьох діб** з дня смерті чи виявлення трупа, а в разі неможливості одержання довідки лікувального закладу або висновку судово-медичної експертизи чи прокурора - **не пізніше п'яти**.

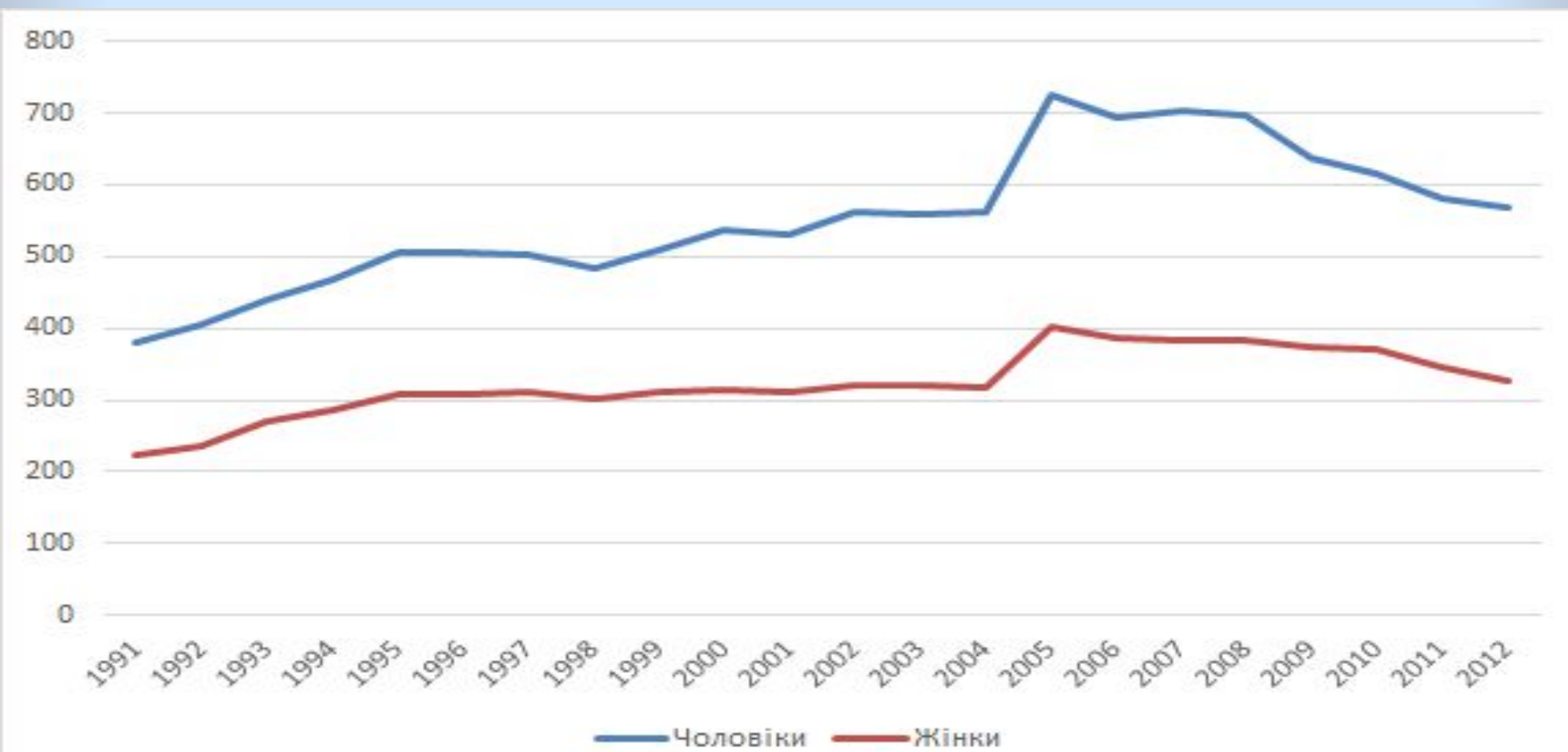
Підставою для реєстрації є видані лікувальним закладом "Лікарське свідоцтво про смерть" (форма № 106/0-95) або "Фельдшерська довідка про смерть" (форма № 106-1/0-95), рішення суду про встановлення факту смерті чи оголошення громадянина померлим, а також повідомлення з місць позбавлення волі. Всі заклади охорони здоров'я, які видають "Лікарське свідоцтво про смерть" ведуть журнал обліку померлих (ф. № 151/0).

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

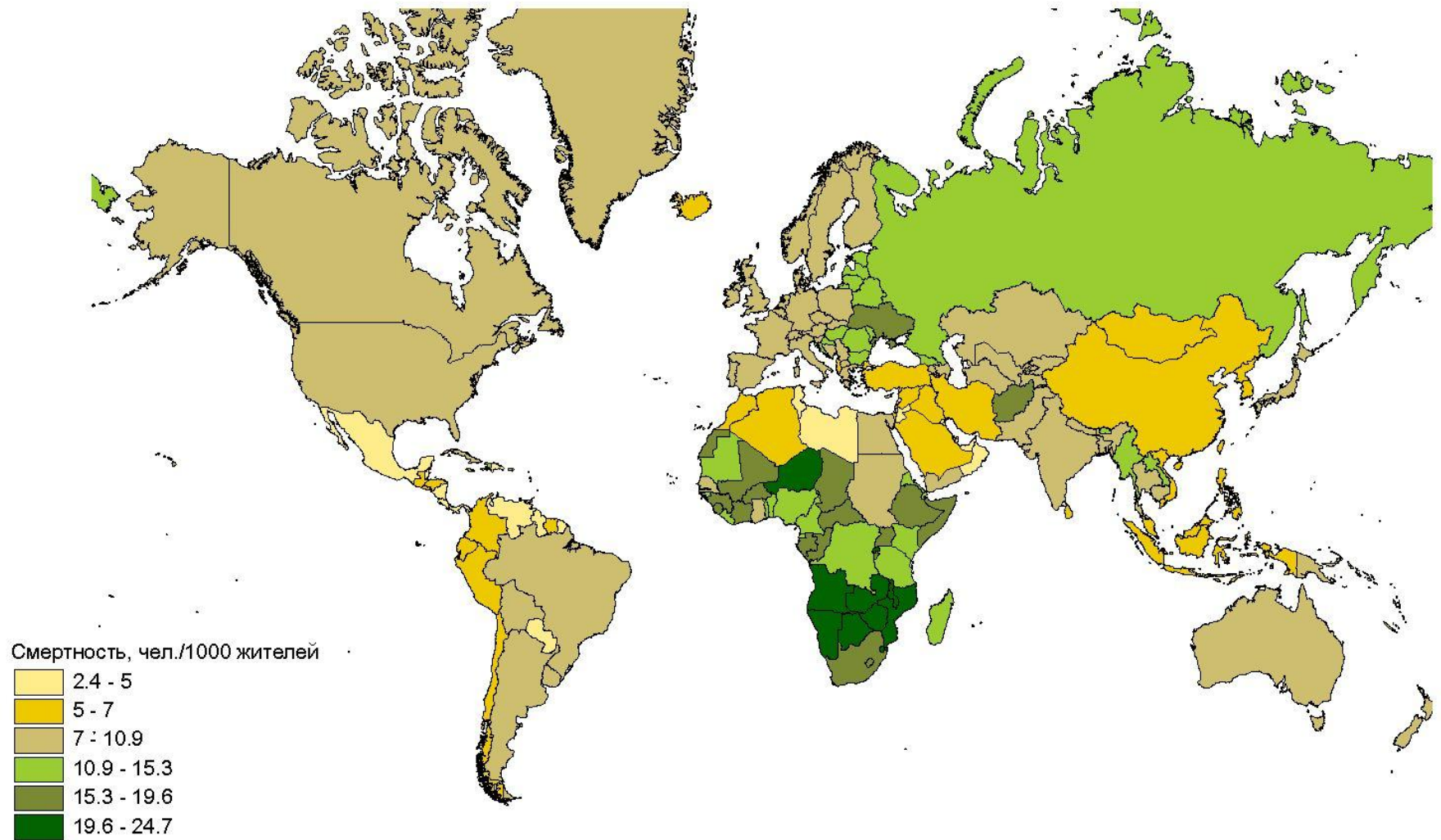
Смертності

Середньорічна чисельність населення

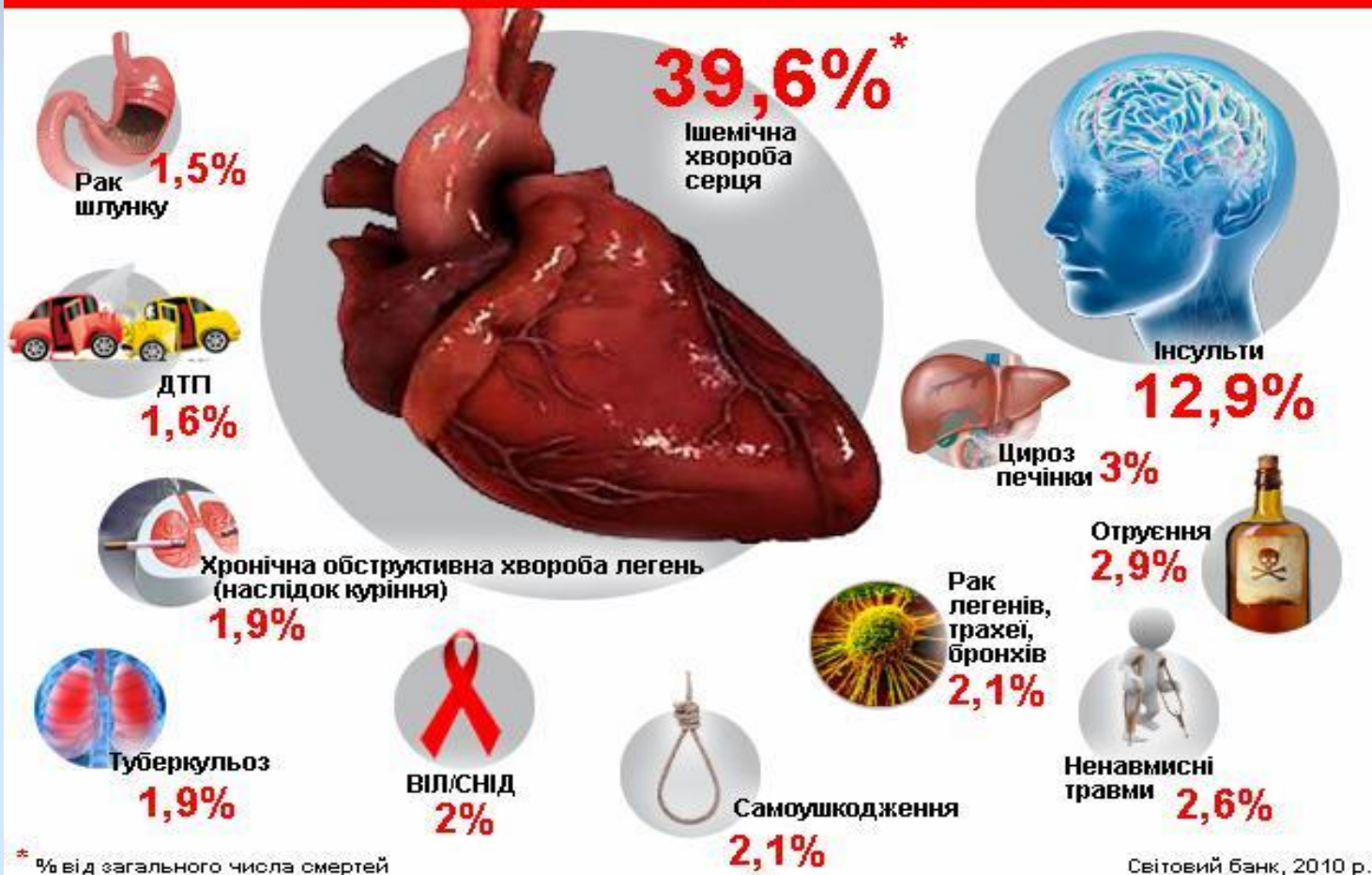
Спеціальні показники смертності - це смертність *за статтю* (у чоловіків і жінок), *за віком* (в окремих вікових групах) і *за причинами* (від окремих класів, груп і нозологічних форм захворювань).



Общие коэффициенты смертности населения стран мира в 2002 г.



ПРИЧИНИ СМЕРТНОСТІ УКРАЇНЦІВ



РІВЕНЬ СМЕРТНОСТІ У СВІТІ



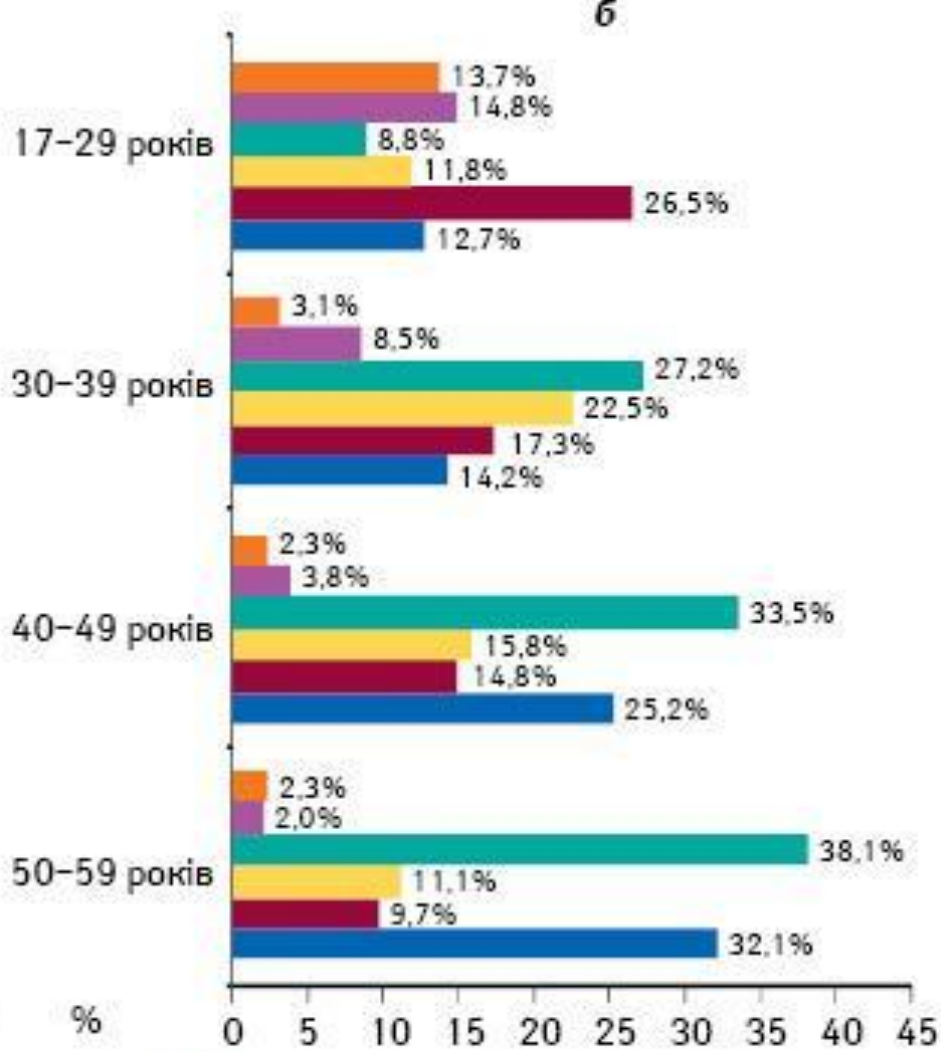
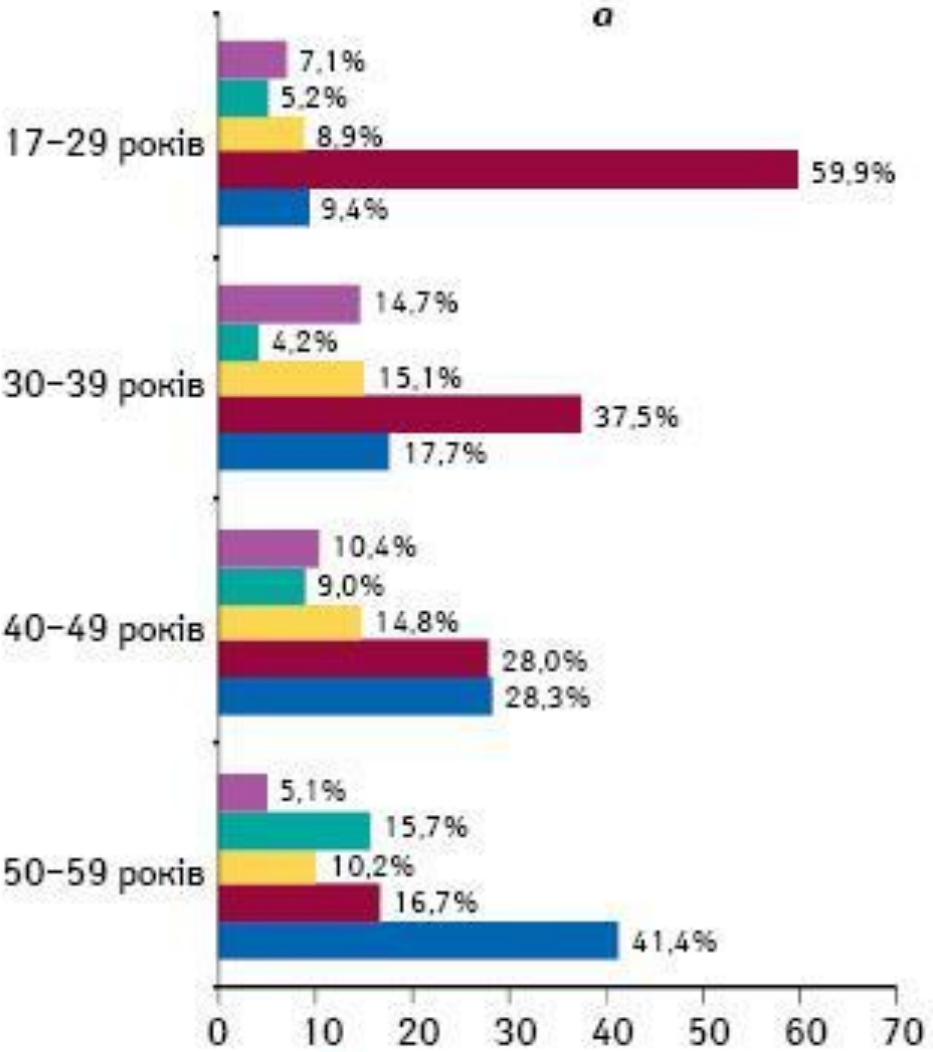
* Кількість смертей на 1000 населення

Дані ООН, 2010

Структура смертності чоловіків та жінок у 2011 р

а

б



- Хвороби нервової системи
- Інфекційні та паразитарні хвороби
- Новоутворення
- Хвороби органів травлення
- Травми, отруєння та інші зовнішні чинники
- Хвороби органів кровообігу

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.

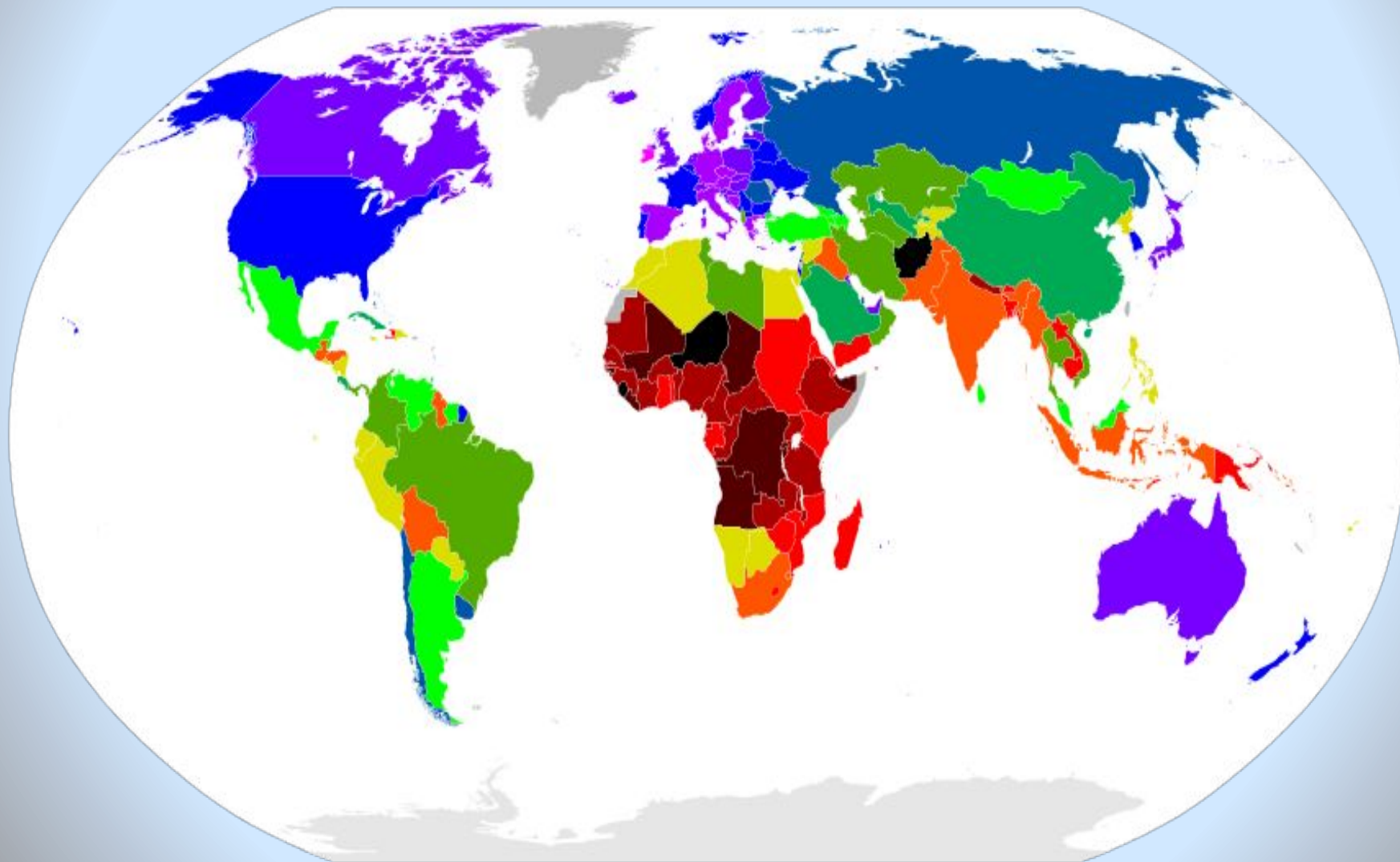
1. Безпосередньо пов'язані з акушерськими причинами
2. Опосередковано пов'язані з акушерськими причинами - випадки, які є наслідком якоїсь хвороби, яка була в жінки раніше чи розвинулась під час вагітності.

Материнська смертність в Україні
(на 100 тис. живонароджених)



Ризик материнської загибелі від причин, пов'язаних з вагітністю за все життя.

від 1 з 7 – чорний 1 з 47600 та менше - бузковий



Смертність немовлят - один із вікових показників смертності. Він характеризує частоту смерті дітей на 1-му році життя. Має соціальне значення, ВООЗ використовує його для оцінки соціально- економічного благополуччя країни.

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

Рівні та тенденції смертності немовлят у значній мірі визначаються *перинатальною смертністю* - це смертність дітей в перинатальному періоді. Перинатальний період складається з:

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

Розрахунок рівня смертності немовлят

$$\begin{array}{l} \text{Рівень смертності} \\ \text{немовлят} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Число померлих у віці до 1 року з} \\ \text{покоління поточного року} \times 1000 \\ \text{Число дітей, що народилися} \\ \text{живими в поточному році} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Число померлих у віці до 1 року} \\ \text{з покоління минулого року} \times \\ 1000 \\ \text{Число дітей, що народилися} \\ \text{живими в минулому році} \end{array}$$

Рівень неонатальної смертності

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

Рівень ранньої неонатальної смертності

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

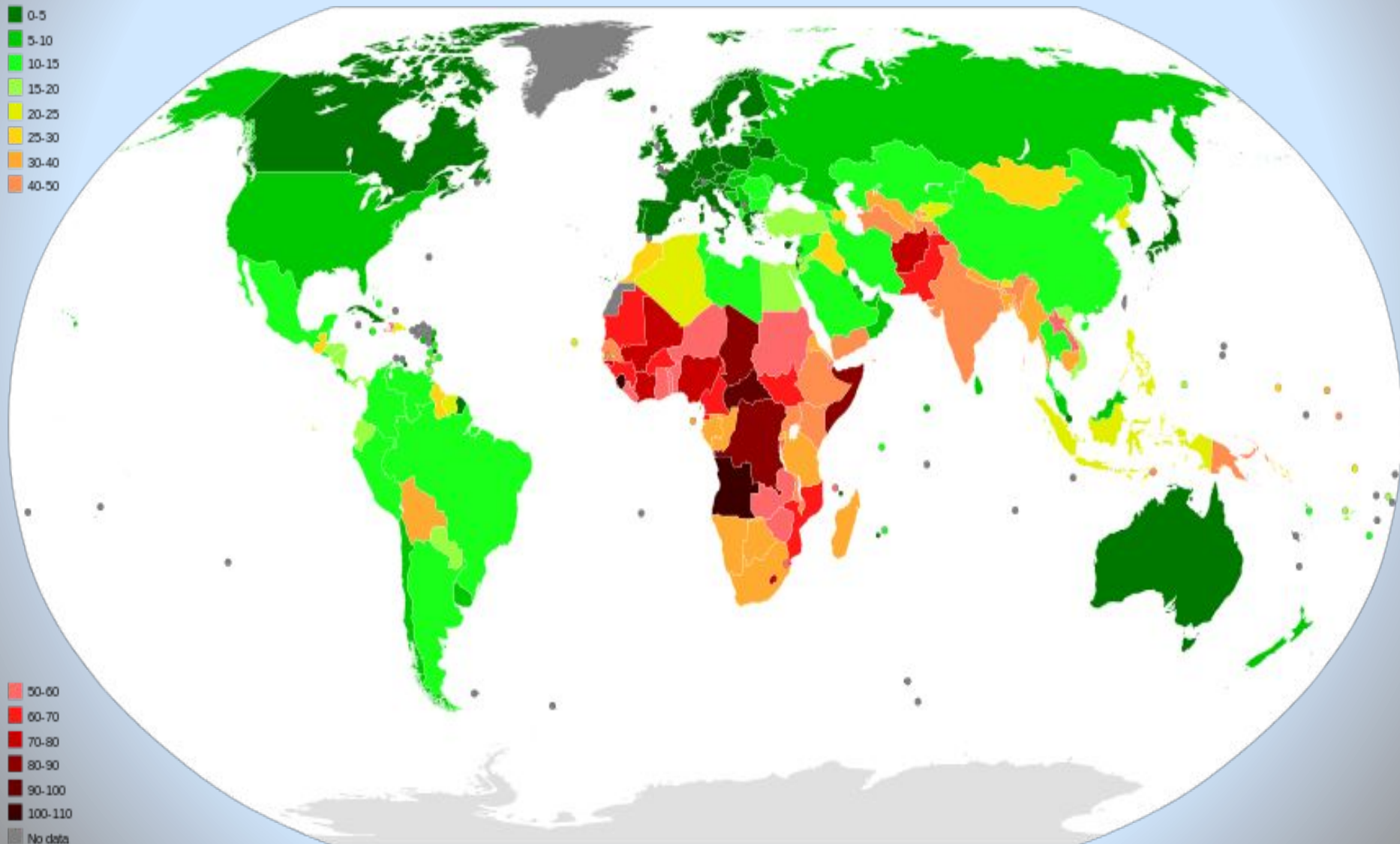
СТРУКТУРА СМЕРТНОСТІ ДІТЕЙ ВІКОМ ДО ОДНОГО РОКУ В 2014 Р.
ЗА ПРОВІДНИМИ ПРИЧИНАМИ СМЕРТІ, ЩО ЇЇ ФОРМУЮТЬ (%)

ПРИЧИНА СМЕРТІ	(%)
Уроджені аномалії	22,9
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	19,2
Симптоми, ознаки і відхилення від норми	11,6
Симптоми раптової смерті	10,9
Хвороби органів дихання	9,6
Окремі стани, що виникли в перинатальний період	9,4
Інфекційні та паразитарні захворювання	8,1

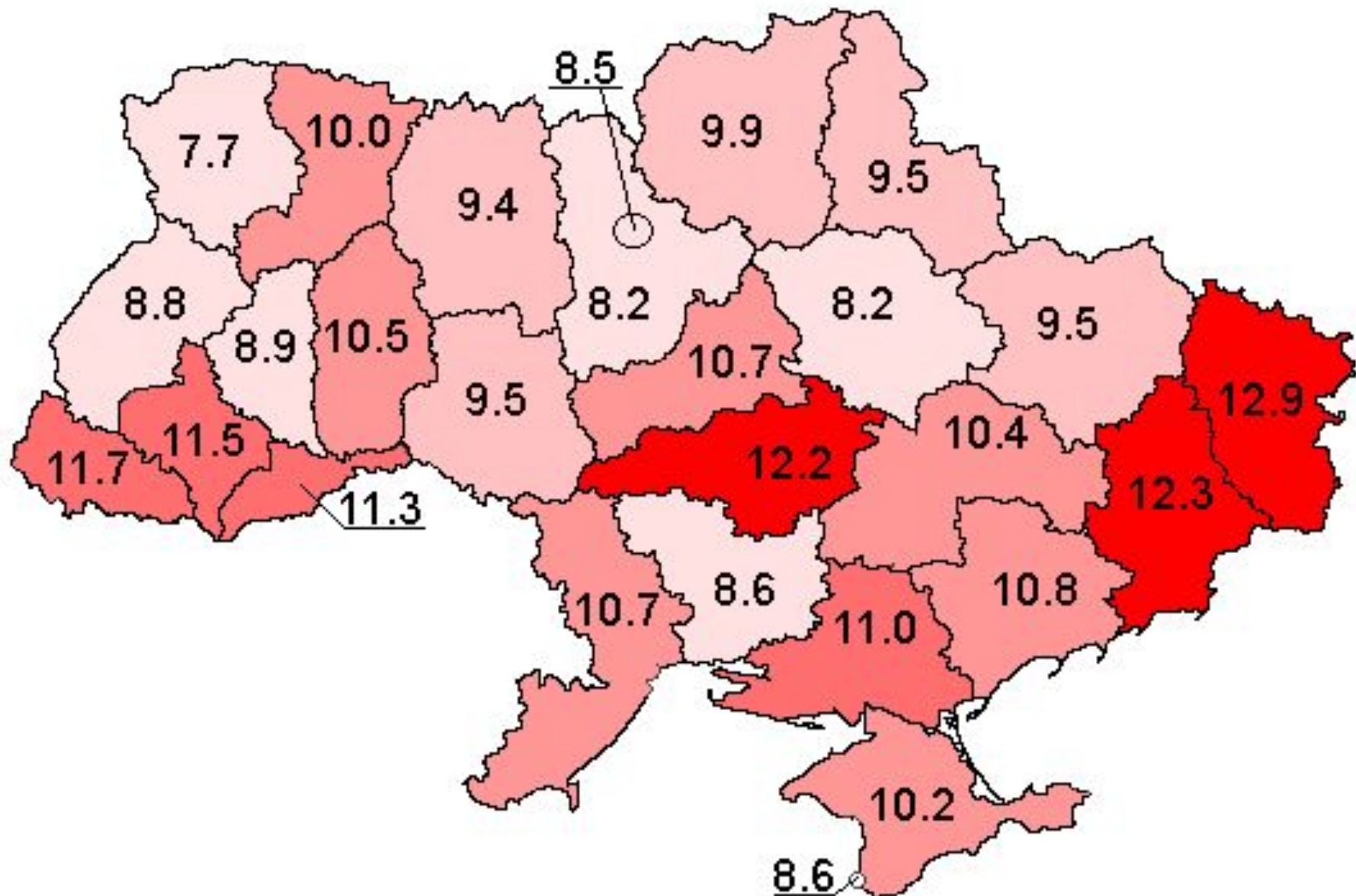
Основні групи чинників, що впливають на формування рівня малюкової смертності

- Вік батьків
- Стать народженого
- Характер вигодовування
- Здоров'я батьків
- Якість надання медичної допомоги
- Стан довкілля
- спосіб життя
- аборти в анамнезі
- Рівень та стан акушерсько-гінекологічної педіатричної допомоги.

Малюкова смертність



Смертність дітей у віці до 1 року (на 1000 народжених)



2005 - 2009 pp.

- **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.
- **Медико-соціальне значення** визначається тим, що саме захворювання є основною причиною смерті, тимчасової та стійкої втрати працездатності, що в свою чергу призводить до великих економічних втрат суспільства, негативного впливу на здоров'я майбутніх поколінь і зменшення чисельності населення.

Основними методами вивчення захворюваності

є :

- Облік та аналіз звертань за лікарською допомогою в медичні заклади;
- Аналіз результатів медичних оглядів окремих груп населення;
- Аналіз даних про причини смерті;
- Опитування населення;
- Проведення спеціальних вибіркових досліджень.

Типи захворюваності:

- Загальна захворюваність.
- Інфекційна захворюваність.
- Важлива неепідемічна захворюваність.
- Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності.
- Госпіталізована захворюваність.

- **Одиниця обліку** приймається перше звертання до лікаря по даному захворюванню в календарному році.
- Діагнози гострих захворювань реєструються при кожному їх новому виникненню;
- Хронічні захворювання враховуються тільки 1 раз в році;
- Загострення хронічних захворювань в цьому році повторно як захворювання не враховуються.
- **I. Показники загальної захворюваності:**

Показники частоти захворювань:

а) заново виявлених хвороб = $\frac{\text{Чис заново вияв захвор} * 1000}{\text{Середня чисельність населення}}$
 (первинна захворюваність).

б) всіх захвор, що мали місце = $\frac{\text{Чис захвор, що мали місце за рік} * 1000}{\text{Середня чисельність населення}}$
 (розповсюдженість):

3. **Захворюваність на найважливіші неепідемічні захворювання**

Спеціальному обліку підлягають деякі неепідемічні захворювання:

- злоякісні новоутворення;
- психічні хвороби;
- венеричні хвороби;
- активний туберкульоз;
- важкі мікози.

Необхідність спеціального обліку вказаних захворювань обумовлена:

- високим рівнем розповсюдження;
- значною частотою смертності при деяких із них;
- епідеміологічною значимістю;
- соціальною обумовленістю.

5. Захворюваність із тимчасовою втратою працездатності

- *Одиницею обліку* є випадок втрати працездатності.
- Обліковим документом для реєстрації кожного випадку тимчасової непрацездатності працівника протягом року є листок непрацездатності
- На підставі даних реєстрації складається "Звіт про причини тимчасової непрацездатності" (ф. № 23-ТН). Він містить дані про число випадків і календарних днів непрацездатності

Захворюваність працюючих із тимчасовою втратою працездатності аналізується за такими основними показниками:

Показник випадків тимчасової непрацездатності на 100 прац = $\frac{\text{Абс число випадків тимчасової непрацездатності} \cdot 100}{\text{Середня чисельність працюючих}}$

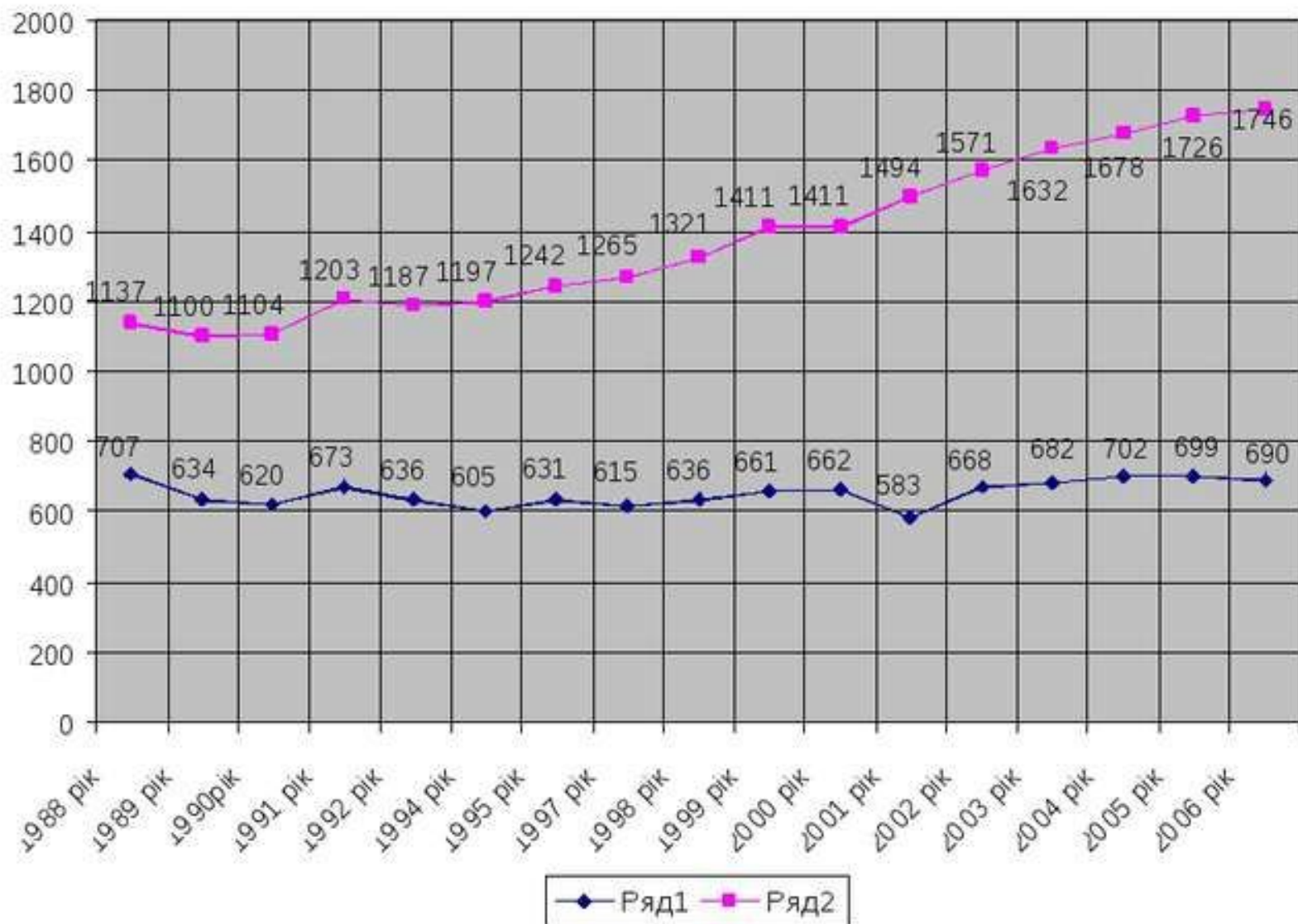
Показ календ днів тимчасової непрацездатності на 100 прац = $\frac{\text{Абс число календ днів тимчасової непрацездатності} \cdot 100}{\text{Середня чисельність прац}}$

Середня тривалість випадку тимчасової непрацездатності = $\frac{\text{Число календ днів тимчасової непрацездатності}}{\text{Число випадків тимчасової непрацездатності}}$

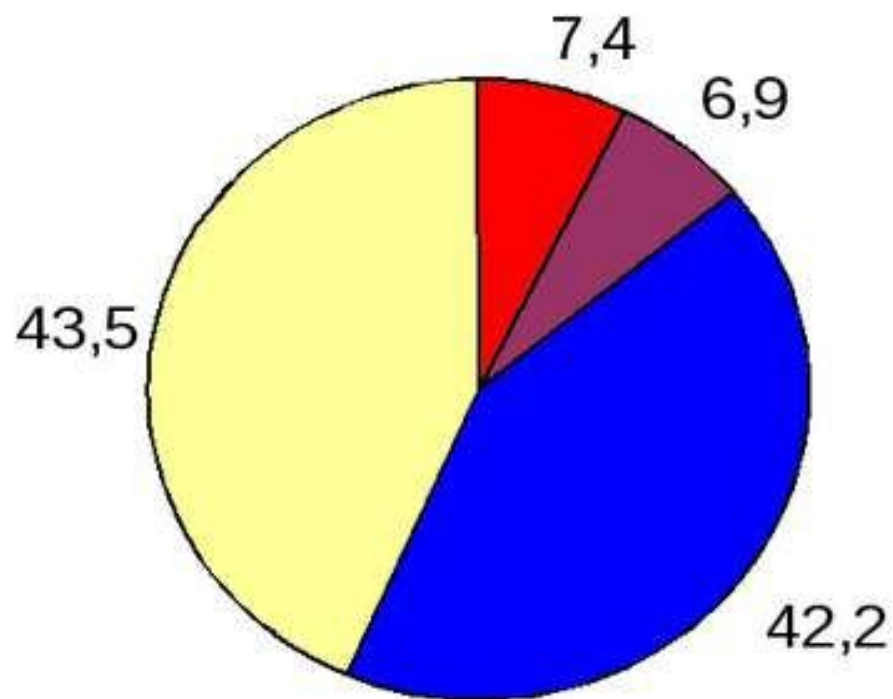
Показник структури захвор з тимчасовою втратою працездатності = $\frac{\text{Число випад непрацездатності з даного захвор} \cdot 100}{\text{Число випад непрацездатності при всіх захвор}}$

за даними звертань населення України за медичною допомогою показує, що протягом останніх десятиріч рівні поширеності усіх хвороб знаходяться в межах 1100-1300 випадків захворювань на 1000 населення, рівні первинної захворюваності відповідно 600-800 ‰ (1999 р.).

Динаміка рівнів поширеності та первинної захворюваності населення України за 1988 - 2006 рр. (на 1000 населення).

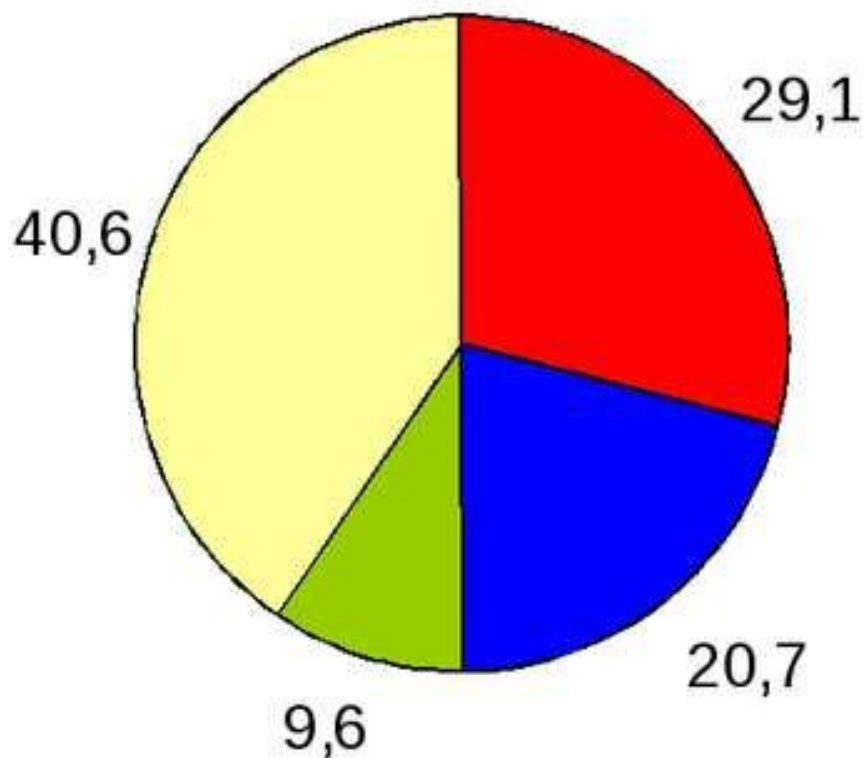


Структура первинної захворюваності населення України за 2006 р. (%)



- Хвороби органів кровообігу
- Травми і отруєння
- Хвороби органів дихання
- Інші хвороби

Структура загальної захворюваності населення України за 2006 р. (%)



- Хвороби органів кровообігу
- Хвороби органів дихання
- Хвороби органів травлення
- Інші хвороби

Промоція здоров'я, як профілактичний напрямок діяльності системи охорони здоров'я.

- **Промоція** – це системні зусилля для створення вдалого, позитивного іміджу через передачу позитивної інформації, продумана і спланована тривала діяльність, що має на меті підтримку діалогу і взаємовигідних відносин між організацією та групами від яких залежить її успіх.

Загальні тенденції щодо основних показників здоров'я населення України

- демографічна ситуація: мають місце урбанізація, постаріння населення, зміна структури смертності та зменшення середньої очікуваної тривалості життя;
- захворюваність населення: склався неепідемічний тип патології, підвищився рівень деяких захворювань, зокрема, неепідемічних, ендокринних, алергійних, зросла частота окремих інфекційних (туберкульозу, дифтериту, гепатиту, ВІЛ-інфекції та ін.);
- фізичний розвиток населення: зростає чисельність дітей з дисгармонійним розвитком, зменшується чисельність практично здорових дітей;
- інвалідність: збільшується показник первинного виходу на інвалідність (інвалідизації);
- збільшилась тенденція множинної патології (поєднання різних захворювань в однієї особи, множинність причин смерті тощо).

- **Базова література**
- Громадське здоров'я /За ред. В.Ф. Москаленка. – Вінниця: «Нова книга», 2012. – 560 с.
- Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації /За заг. ред. В.Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2010, – 328 с.
- Програмні тестові питання з соціальної медицини та організації охорони здоров'я /За ред. Ю.В. Вороненка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 316 с.
- Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я /За ред. Ю.В. Вороненка. – К.: «Здоров'я», 2002. – 359 с.
- **Допоміжна література**
- Біостатистика. /За заг. ред. В.Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс; 2009. – 184 с.
- Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012. Курс на благополучие. – ВОЗ, 2013. – 190 с.
- Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2013 г. – ВОЗ, 2013. – 206 с. (режим доступу: www.who.int/whr/2013/report/ru).
- Европейская база данных «Здоровье для всех». (режим доступу: www.euro.who.int/ru/home).
- Вороненко, О.П. Максименко та ін. – Д.:АРТ-ПРЕС, 2004.- 184 с.
- Здоровье 2020 – основы европейской политики и стратегии для XXI века. – ВОЗ, 2013. – 232 с.
- Методи соціальної медицини / під ред. О.М. Очеретько, О.Г. Процек. – Вінниця: Тезис, 2007. – 410 с.
- Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., Іншакова Г.В. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня. – Контраст, 2006. – 296 с.

- Москаленко В.Ф. Системи здравоохранения: современный контекст . – К.: «Книга-плюс», 2012. – 320 с.
- Населення України. Демографічний щорічник. – К.: Держкомстат України. (режим доступу: www.ukrstat.gov.ua).
- Общественное здоровье и здравоохранение: учебник // В.А. Медик, В.К. Юрьев. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с.
- Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования // Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с..
- Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина/ за ред. В.М. Князевича. – К., 2010. – 404с.
- Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення. – К. : НІСД, 2012. – 96 с.
- Сімейна медицина /За ред. проф. В.Б. Гощинського, проф. Є.М. Стародуба – ТДМУ, Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 810 с.
- Сімейна медицина. Книга I «Організаційні основи сімейної медицини /За ред. В.Ф. Москаленка, О.М. Гиріної. Підручник. – К.: «Медицина», 2007. – 392 с.
- Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи на различных иерархических уровнях / Под ред. О.П. Щепина. – М., 2012. – 164 с.
- Стародубов В.И., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 619 с.
- Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 р. – К., 2013 – 464 с.



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!