**Глава 1. Основные принципы создания профилактических программ**

|  |
| --- |
| **1.1. Укрепление здоровья** |

|  |
| --- |
| **Укрепление здоровья** - процесс, позволяющий индивидууму повысить контроль над состоянием собственного здоровья |

Здоровье является одним из основополагающих прав человека1. На состояние здоровья индивидуума оказывают влияние следующие основные факторы:

* социально-экономические, включая состояние системы здравоохранения;
* среда обитания;
* образ и стереотипы жизни людей.

Медицинские работники практически не могут повлиять на социально-экономические факторы или же изменить среду обитания. Однако путем пропаганды и обучения населения здоровым привычкам (здоровьесберегающим технологиям) можно пытаться скорректировать образ и стереотипы жизни отдельных лиц или же определенных групп населения. Основная задача при этом состоит в информировании и обучении определенным навыкам поведения; цель - в повышении ответственности индивидуума за собственное здоровье и изменение мотивации поведения. Подобная работа может проводиться средним медицинским работником самостоятельно и/или совместно с врачом, другим заинтересованным специалистом.

Если индивидуум приобретает необходимые знания и навыки, позволяющие ему контролировать собственное здоровье, а также улучшать его, то говорят о реализации процесса укрепления здоровья. Разумеется, укрепление здоровья достигается не только путем информирования и обучения, но и за счет формирования соответствующей государственной политики. Среди приоритетных направлений деятельности по укреплению здоровья2 хотелось бы выделить следующие, актуальные для медицинского работника:

* усиление ответственности индивидуума за свое здоровье;
* упрочение и расширение партнерских связей и контактов в интересах укрепления здоровья;
* обеспечение необходимой для здоровья инфраструктуры.

Исходя из вышесказанного понятно, что укрепление здоровья - многофакторный и многосторонний процесс. Он не ограничивается только медико-санитарным просвещением. Подобное просвещение не дает необходимых навыков и умений, а лишь способствует предоставлению информации.

|  |
| --- |
| Укрепление здоровья:   * сообщение информации * привитие навыков |

Укрепление здоровья невозможно без диалога медицинского работника и индивидуума. Данный диалог должен быть направлен на объяснение необходимости проведения тех или иных профилактических мероприятий. Без диалога индивидуум нередко не способен активно воспринимать и зачастую игнорирует информацию о факторах, влияющих на здоровье, подвергающих его риску.

Для успешного проведения мероприятий по укреплению здоровья медицинский работник должен хорошо знать все разделы медицины. Но, прежде всего, он должен понимать, что такое здоровье и болезнь, какие существуют критерии их выявления, как они сказываются на качестве жизни индивидуума. Кроме того, медицинский работник должен обладать информацией об основных факторах, влияющих на здоровье. Также необходимы знания об особенностях реализации программ укрепления здоровья в различных целевых группах.

|  |
| --- |
| **1.2. Болезнь и здоровье** |

Наиболее просто определить болезнь как ослабление адаптации к окружающей среде. Данное определение не является общепризнанным, но оно отражает ключевую сторону болезни - снижение способности индивидуума к труду и к активной жизни.

Слово "болезнь" в русском языке происходит от слова "боль". Таким образом, для индивидуума болезнь характеризуется не только снижением активности, но и физическими страданиями. Укрепление здоровья позволяет задержать или предотвратить развитие целого ряда болезней.

|  |
| --- |
| **Болезнь** - уменьшение адаптации индивидуума к окружающей среде |

Однако ущерб от болезни испытывает не только сам пациент, но и общество, которое несет потери, связанные с болезнью индивидуума. Болезнь одного индивидуума может сказаться на состоянии общества в целом. Особенно это ощутимо в условиях развития эпидемий.

Очевидно, что развитие болезней зависит как от поведения индивидуума, так и от общественной, социальной ситуации. Прогрессирование гипертонической болезни у лиц с ожирением определяется избыточной массой тела. Вероятность развития гриппа у индивидуума во время эпидемии данного заболевания зависит не менее чем от трех факторов:

* иммунная резистентность (то есть способность сопротивляться инфекционному агенту) индивидуума;
* вирулентность (то есть способность инфицировать) штамма вируса гриппа;
* распространенность вируса гриппа в определенной популяции.

|  |
| --- |
| **Mероприятия по укреплению здоровья:**   * **индивидуальные**, т.е. направленными на конкретного человека, его привычки, образ жизни; * **групповые**, т.е. адресованные определенной популяции или субпопуляции. |

В случае с эпидемией гриппа индивидуальные мероприятия должны быть направлены на повышение иммунной резистентности. Они могут включать прием витаминных, иммуномодулирующих средств. Проведение профилактических противогриппозных прививок также повышает индивидуальную резистентность. Однако при массовой вакцинации снижается распространенность в популяции числа лиц, инфицированных вирусом гриппа. Поэтому массовая вакцинация (то есть проведенная с широким охватом различных слоев населения) является групповым мероприятием по укреплению здоровья.

Чтобы эффективно заниматься укреплением здоровья, нужно не только знать определение болезни, но и здоровья. Сразу же оговоримся, что полной удовлетворительной дефиниции этого понятия нет. В Уставе ВОЗ (1948) записано, что здоровье - состояние полного физического, социального и душевного благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов

Данное определение является неудобным для практического использования, так как оно предполагает, что для выявления здоровья необходимы следующие действия:

* установление отсутствия физических дефектов;
* подтверждение отсутствия признаков всех известных болезней;
* выявление физического, социального и душевного благополучия.

Между тем диагностика отсутствия всех болезней является весьма затратной процедурой. Кроме того, в различных обществах, разных культурах может быть неодинаковое восприятие термина здоровье. Так, в обществе потребления под социальным здоровьем понимают наличие материальных благ, а в духовном обществе - душевную чистоту, близость к Богу и т.д.



В практическом здравоохранении для установления факта здоровья медицинские работники иногда довольствуются отсутствием жалоб пациентов и отклонений при осмотре, а также исходят из результатов некоторых лабораторных и инструментальных методов исследований. Однако с точки зрения приведенного выше определения ВОЗ этого недостаточно: необходимо учитывать стереотипы, восприятие жизни и устремления индивидуума.

Именно поэтому укрепление здоровья в конечном итоге подразумевает изменение образа жизни индивидуума, то есть его привычек. Это неизбежно повлечет изменение социального статуса индивидуума или же восприятия им себя в обществе (Рис. 1.1). Поэтому в программах укрепления здоровья крайне сложным является вопрос внутреннего отношения индивидуума к возможным переменам. Нельзя навязывать те или иные навыки, если они противоречат духовным ценностям.

Все религии вводят ограничения по режиму питания. Любые рекомендации по рациональному питанию, составленные без учета религиозных особенностей индивидуума, не будут им соблюдаться или же вызовут развитие духовного дискомфорта при их соблюдении. Подобные рекомендации, даже если они будут способствовать замедлению или профилактике развития некоторых болезней, не станут содействовать укреплению здоровья, так как будет страдать духовная его составляющая.

|  |
| --- |
| **1.3. Здоровый образ жизни** |

|  |
| --- |
| **Здоровый образ жизни** - способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей |

|  |
| --- |
| **Здоровый образ жизни:**   * укрепление здоровья * политические решения, способствующие здоровьесберегающему поведению индивидуума |

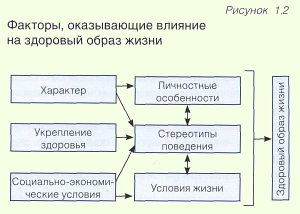
Образ жизни любого индивидуума основывается на его особенностях поведения, личностных характеристиках, а также их взаимодействии с социальной средой, экономическими условиями и средой обитания. Индивидуальные стереотипы поведения могут оказать влияние на здоровье как самого индивидуума, так и окружающих его людей. Для предотвращения развития болезней необходим здоровый образ жизни.

Проще всего определить здоровый образ жизни как способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей. Здоровый образ жизни подразумевает изменение отношения индивидуума и общества в целом к состоянию своего здоровья.

Если создавать соответствующие условия, то здоровье можно сохранять и улучшать. При этом очень важно понимать, что недостаточно только менять существующие стереотипы поведения людей, необходимо создавать им среду обитания, в которой новые стереотипы окажутся востребованными и социально значимыми.

Медицинский работник может выработать индивидуальную программу по отказу от курения и помочь человеку отказаться от этой вредной привычки. Однако если у данного человека на работе все сослуживцы курят, то приобретенная полезная привычка окажется незакрепленной. Соответственно, велика вероятность, что данный человек в скором времени опять закурит.

Как следует из приведенного примера, для того чтобы образ жизни стал здоровым, недостаточно одних только мероприятий по укреплению здоровья, необходимы политические решения (Рис. 1.2). То есть ответственность за здоровый образ жизни не могут нести только представители медицинской профессии. Для успешной реализации программ здорового образа жизни необходим союз общества и медицины.



Необходимо отметить, что культура, уровень доходов, социальное положение индивидуума в обществе, структура семьи, возраст, физические способности, окружающая среда и другие факторы делают те или иные стереотипы поведения более или менее приемлемыми. Поэтому программы укрепления здоровья могут быть направлены только на формирование тех здоровьесберегающих стереотипов, которые так или иначе могут быть востребованы индивидуумом.

Соответственно, нет универсального алгоритма формирования здорового образа жизни, который бы можно было "прописать" всем людям. Административно-командное навязывание определенных стереотипов поведения нарушает принцип свободы личности, то есть фактически способствует ухудшению состояния здоровья, так как при этом страдает духовная составляющая.

Необходимо иметь в виду, что здоровье является одной из фундаментальных человеческих ценностей. Как правило, ни временные, ни финансовые ресурсы не способны восстановить утраченное здоровье. Именно поэтому ответственное отношение индивидуума к собственному здоровью - один из признаков культурного человека. Соответственно, программы формирования здорового образа жизни, включенные в процесс воспитания и обучения детей и подростков, способствуют повышению их культурного уровня.

|  |
| --- |
| **1.4. Качество жизни** |

Выше мы неоднократно говорили о том, что программы укрепления здоровья не должны причинять субъективного дискомфорта индивидууму. Но как оценить восприятия человека? Инструмент, позволяющий это сделать, основан на измерении качества жизни.

|  |
| --- |
| **Качество жизни** - комплекс индивидуальных восприятий людьми их положения в жизни в контексте существующей культуры и системы ценностей |

Под качеством жизни понимают комплекс индивидуальных восприятий людьми их положения в жизни в контексте существующей культуры и системы ценностей3. То есть качество жизни позволяет оценить связь ожиданий, устремлений индивидуума с существующими стандартами, нормами, проблемами и трудностями в обществе.

Общественный строй оказывает влияние на качество жизни. Так, в развивающихся странах человек может рассчитывать только на экстренную медицинскую помощь, и его качество жизни высоко, если нет явных признаков болезней, которые ведут к необходимости пользования подобными службами. В развитых странах качество жизни многих людей сопряжено с доступностью услуг эстетической медицины.

Изначально термин "Качество жизни" был предложен в социологии, и лишь после этого распространен на медицину. Исходя из определения, качество жизни характеризует не только состояние индивидуума, но и его отношение к этому состоянию, исходя из тех возможностей, которые ему предоставляет общество и которые он принимает как данность.

Концепция качества жизни многими воспринимается как гуманистическое направление в медицине. Рост интереса к этому направлению во многом связан с недовольством населения уровнем оказываемых ему медицинских услуг. Медицинский работник должен не только лечить или предотвращать болезнь, но и улучшать качество жизни индивидуума.

|  |
| --- |
| **Качество жизни имеет две составляющие:**   * **объективную**, которая характеризует состояние здоровья индивидуума; * **субъективную**, определяемую восприятием индивидуумом собственного состояния здоровья |

Для обычного человека качество жизни будет высоким, если зубы не будут болеть и их будет достаточно для пережевывания пищи. Звезда телеэкрана может воспринимать свое качество жизни как высокое, только при наличии "голливудской улыбки".

Еще раз подчеркнем тот факт, что качество жизни связано с субъективной оценкой индивидуумом своего состояния. Любой человек постоянно соотносит собственное положение с положением других людей. Позитивная или негативная оценка зависит как от самого положения, так и от устремлений индивидуума.

ВОЗ выделяет шесть основных аспектов качества жизни, воспринимаемых через призму культурных отличий:

1. физическая сфера-сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых;
2. область психологии - положительные или отрицательные эмоции, мышление, изучение, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания;
3. уровень независимости, самостоятельности - мобильность, подвижность, повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств, лечения или чьей-либо опеки;
4. социальные взаимосвязи - личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность, социальная поддержка;
5. окружающая среда - благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность получения знаний и повышения квалификации, досуг, экология;
6. личные взгляды, духовность - личные и религиозные убеждения, поиск смысла жизни.

|  |
| --- |
| **Требования к программам укрепления здоровья:**   * предупреждение или замедление развития болезней * повышение качества жизни |

Таким образом, области качества жизни и здоровья являются взаимодополняющими, дублирующими.

Качество жизни позволяет описать такие восприятия и представления людей, которые способствуют удовлетворению их потребностей. Иными словами, люди не лишены возможности достижения счастья и самореализации вне зависимости от состояния здоровья или социально-экономических условий.

Именно поэтому программы укрепления здоровья должны не только способствовать предотвращению или замедлению развития болезней, но и повышению качества жизни.

|  |
| --- |
| **1.5. Принципы оценки качества жизни** |

Как следует из приведенных выше сведений, качество жизни является одним из центральных аспектов программ укрепления здоровья. Качество жизни нельзя определить только на основании данных врачебного осмотра или клинико-инструментальных методов исследований, так как оно учитывает и субъективное мнение индивидуума.

Поэтому для оценки качества жизни используются специальные инструменты - анкеты, опросники. Они могут заполняться как самим индивидуумом, так и медицинским персоналом на основании ответов индивидуума на предлагаемые вопросы анкеты. Как правило, любой вопрос имеет несколько четко градированных вариантов ответов.

Каждый ответ в опросниках соответствует определенному числу баллов. Набранные за ответы на все вопросы баллы суммируются. Сумма баллов численно характеризует качество жизни. Изменение этой суммы баллов, например, при реализации программ укрепления здоровья, характеризует изменение качества жизни.

Одну и ту же анкету качества жизни можно составить по-разному. Так, ответы на вопрос "Вы испытываете боль?" возможно проранжировать следующим образом:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вариант ответа** | **Баллы A** | **Баллы Б** | **Баллы В** | **Баллы Г** |
| Нет | 0 | 4 | 8 | 5 |
| Иногда | 1 | 3 | 6 | 4 |
| Часто | 2 | 2 | 4 | 3 |
| Практически всегда | 3 | 1 | 2 | 2 |
| Постоянно | 4 | 0 | 0 | 1 |

Если за точку отсчета выбрать число баллов в варианте А, то чем меньше число набранных баллов за все вопросы анкеты, тем выше качество жизни. Если выбрать число баллов в варианте Б, то чем больше число набранных баллов, тем выше качество жизни. В вариантах В и Г также увеличение числа баллов соответствует повышению качества жизни, однако сумма баллов будет иной, нежели в варианте Б.

Опросники качества жизни могут быть:

* общие, то есть рассчитанные на оценку состояния индивидуума в целом. Примером такого опросника является SF-36, приведенный в приложении 1.
* специальные, созданные для того, чтобы оценивать состояние индивидуума при определенной болезни. Некоторые из них приводятся в главах [3](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga_3.html), [4](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga_4.html) при рассмотрении укрепления здоровья.

Общие опросники позволяют определять качество жизни независимо от наличия болезни, однако они могут быть нечувствительными к изменениям качества жизни при определенной патологии. Специальные опросники отражают проблемы конкретного заболевания и не могут использоваться для оценки качества жизни у здоровых людей. Суммарные данные о преимуществах и недостатках различных опросников приведены в таблице 1.1.

Таблица 1.1. Сравнение различных видов опросников

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Тип опросника** | **Преимущества** | **Недостатки** |
| Общий | Позволяют сравнивать качество жизни на популяционном уровне, оценивать качество жизни у здоровых лиц, а также при некоторых болезнях. Может учитывать неспецифические эффекты | Сложен в применении и обработке. Может не учитывать важные клинические изменения при определенных болезнях |
| Специальный | Отражает наиболее важные для конкретной нозологической формы проблемы. Учитывает динамику заболевания | Сложен в применении и обработке. Может не учитывать неспецифические эффекты |

Определение качества жизни важно не только при реализации программ укрепления здоровья, но и при лечении хронических заболеваний, например, артериальной гипертензии, бронхиальной астмы, сахарного диабета. В этом случае качество жизни помогает оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий.

Обычно важно оценить не только сиюминутное качество жизни индивидуума, но и его динамику в процессе реализации программ укрепления здоровья в течение длительного времени. Именно по динамике изменений качества жизни можно определять эффективность лечебных или профилактических мероприятий.

|  |
| --- |
| **1.6. Факторы, влияющие на здоровье** |

При разработке программ укрепления здоровья необходимо быть уверенным, что они окажут положительное влияние на состояние индивидуума или целевой группы. Подобные программы должны отвечать следующим требованиям:

* способствовать нивелированию факторов, негативно влияющих на здоровье;
* стимулировать развитие навыков, привычек, позитивно влияющих на здоровье;
* улучшать качество жизни.

Таким образом, чтобы спрогнозировать эффективность программы укрепления здоровья до начала ее реализации, необходимо знать, каким образом тот или иной фактор может влиять на состояние здоровья или качество жизни. Ответ на вопрос о значимости воздействия различных факторов на все аспекты здоровья дает медицина, основанная на доказательствах.

В рамках медицины, основанной на доказательствах, или доказательной медицины, предполагается систематизация научной значимости исследований различных воздействий на здоровье (Табл. 1.2).

Таблица 1.2. Уровни значимости доказательств в медицине

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Категория** | **Уровень достоверности** | **Словесное описание** | **Принцип формирования доказательства** |
| А | Высокая достоверность | Достоверно известно, что... | Основано на заключении систематических обзоров |
| В | Умеренная достоверность | С долей уверенности можно утверждать, что... | Основано на результатах нескольких независимых контролируемых клинических исследований |
| С | Ограниченная достоверность | Можно предположить, что... | Основано на результатах одного контролируемого клинического исследования или же результатах неконтролируемых исследований |
| D | Неопределенная достоверность | Нет убедительных доказательств, что... | Основано на мнении эксперта или же результатах экспериментов на животных, в культуре клеток и т.п. |

Наиболее низким уровнем доказательства является мнение эксперта или же результаты исследований на животных. По сути, подобные доказательства могут лишь служить основой для постановки проблемы, но не для формирования программы укрепления здоровья.

Уровень доказательной базы растет, если проводятся клинические исследования. В простейшем случае подобные исследования проводятся на одной группе испытуемых. При этом регистрируются параметры, характеризующие состояние здоровья до и после определенного воздействия. Такие исследования называются неконтролируемыми.

|  |
| --- |
| **Неконтролируемое клиническое исследование** - исследование, проводимое на одной группе |

Неконтролируемые исследования наиболее просты по своей постановке и требуют наименьших материальных затрат для организации, так как при этом число испытуемых может быть невелико. Однако неконтролируемые исследования не позволяют сравнить между собой значимость различных факторов, влияющих на здоровье. Кроме того, неконтролируемые исследования не отвечают на вопрос о том, связан полученный результат исследования с изучаемым воздействием или же с временным фактором.

В силу перечисленных свойств результаты неконтролируемых исследований имеют ограниченную достоверность. То есть они позволяют лишь предположить, что тот или иной фактор является значимым для здоровья. Соответственно, подобные доказательства не следует использовать для формирования программ укрепления здоровья.

Чтобы избежать ограничений, связанных с неконтролируемыми исследованиями, проводятся контролируемые. В этих исследованиях наличествует не менее двух групп испытуемых, для каждой из которых исследуется воздействие отдельного фактора.

|  |
| --- |
| **Контролируемое клиническое исследование** - исследование, проводимое не менее чем на двух группах |

Результаты контролируемых клинических исследований позволяют с определенной долей уверенности утверждать, что тот или иной фактор имеет влияние на состояние здоровья. Поэтому результаты таких исследований могут использоваться при разработке программ укрепления здоровья.

По оценке некоторых факторов риска было проведено достаточно большое число контролируемых и неконтролируемых исследований, иногда их результаты противоречивы. Чтобы обобщить имеющиеся данные, используются систематические обзоры.

Именно на основе систематических обзоров Минздравсоцразвития России подготовлены национальные руководства для непрерывного медицинского образования. На систематических обзорах основаны рекомендации различных национальных медицинских ассоциаций и ВОЗ. Наиболее правильной является разработка программ укрепления здоровья на основании данных систематических обзоров.

В заключение настоящего параграфа отметим, что уровни доказательств в медицине обычно тесно связаны с тем источником, в котором опубликована информация. Обычно в неспециализированных средствах массовой информации (СМИ) публикуются частные мнения экспертов. Нереферируемые научно-популярные издания могут содержать результаты неконтролируемых исследований. Обычным требованием для публикаций в реферируемом издании является обнародование результатов контролируемых исследований или систематических обзоров.

|  |
| --- |
| **1.7. Факторы риска** |



Таблица 1.3. Сравнение структуры смертности в РФ и Европе

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Группа причин** | **% всех смертей, 2005** | |
| **РФ4** | **Европа5** |
| Сердечно-сосудистые заболевания | 56,1 | 52 |
| Внешние причины смерти | 13,2 | 2,4 |
| Злокачественные новообразования | 12,4 | 19 |
| Болезни органов дыхания | 4,1 | 4 |
| Болезни органов пищеварения | 4 | 4 |

Под фактором риска понимают модель поведения или другие состояния, связанные с повышенной вероятностью развития определенной болезни, ухудшением здоровья. Профилактика факторов риска - основа программ укрепления здоровья (Рис. 1.3.).

|  |
| --- |
| **Фактор риска** - модель поведения или другие состояния, связанные с повышенной вероятностью развития определенной болезни, ухудшением |

В настоящее время в России, Европе и большинстве стран мира преобладает смертность, связанная с неинфекционными болезнями. Однако структура заболеваемости и смертности на территории Российской Федерации и Европейских стран имеет ряд отличий (Табл. 1.3).

Во всем мире, и в том числе в Европе, первая причина смертности - сердечно-сосудистые заболевания. Однако в РФ смертность от сердечно-сосудистых заболеваний превышает таковую в Европе. Второе место в РФ занимают внешние причины смерти (насилие, травматизм, ДТП и т.д.), в то время как в Европе - злокачественные новообразования.

Неинфекционные болезни в Европе составляют 86% причин всех смертей и 77% причин всех случаев временной утраты работоспособности и инвалидности. В РФ неинфекционные заболевания являются причиной 98% смертей6. При этом, как следует из данных таблицы 1.3, большая часть причин всех смертей как в Европе, так и в РФ связана с достаточно небольшим числом заболеваний.

По данным ВОЗ, распространенность неинфекционных заболеваний носит неравномерный характер. Наибольшая частота встречаемости неинфекционной патологии наблюдается среди самых бедных слоев населения. Таким образом, социально-экономический статус является одним из факторов риска развития неинфекционной патологии. Это означает, что программы укрепления здоровья не могут реализовываться только силами медицинских специалистов, необходимы политические решения по улучшению социально-экономического состояния населения.

|  |
| --- |
| **Основные факторы риска развития неинфекционных заболеваний:**   * социально-экономический статус * высокое артериальное давление * курение, злоупотребление алкоголем * повышение уровня холестерина * избыточная масса тела * низкий уровень потребления фруктов и овощей * гиподинамия |

Все перечисленные в таблице 1.3 неинфекционные заболевания имеют сходные доказанные медицинские факторы риска. Основными среди них являются7:

* повышенное артериальное давление (12,8%);
* курение табака (12,3%);
* злоупотребление алкоголем (10,1%);
* повышение уровня холестерина крови (8,7%);
* избыточная масса тела (8,7%);
* низкий уровень потребления фруктов и овощей (4,4%);
* малоподвижный образ жизни (гиподинамия) (3,5%)

Для сердечно-сосудистых заболеваний дополнительным фактором риска является сахарный диабет.

Следует отметить, что обычно каждый из перечисленных факторов риска является общим, как минимум, для двух заболеваний. С другой стороны, каждое заболевание связано не менее чем с двумя перечисленными факторами риска (Табл. 1.4).

Таблица 1. 4. Уровни значимости доказательств в медицине8

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фактор риска** | **Заболевание** | **Уровень достоверности** |
| Высокое артериальное давление | Сердечно-сосудистые заболевания | Высокий |
| Курение табака | Хронические болезни легких, рак легких | Высокий |
| Сердечно-сосудистые заболевания | Умеренный |
| Злоупотребление алкоголем | Нарушения, связанные с употреблением алкоголя | Высокий |
| Внешние причины смерти | Умеренный |
| Повышение уровня холестерина крови | Сердечно-сосудистые заболевания | Высокий |
| Избыточная масса тела | Сердечно-сосудистые заболевания | Высокий |
| Злокачественные новообразования | Ограниченный |
| Низкий уровень потребления овощей и фруктов | Сердечно-сосудистые заболевания | Умеренный |
| Рак легких | Ограниченный |
| Малоподвижный образ жизни | Сердечно-сосудистые заболевания | Умеренный |

Перечисленные факторы риска по-разному действуют на каждого человека. Результат воздействия определяется как индивидуальными характеристиками (наследственность, пол, расово-этническая принадлежность, социально-экономическое положение и т.д.), так и состоянием системы здравоохранения и уровнем жизни.

Знание факторов риска позволяет планировать и проводить программы укрепления здоровья. Так, снижение уровня холестерина крови и контроль артериального давления в ряде стран позволили уменьшить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

Профилактика, направленная на предотвращение действия факторов риска, является наиболее эффективной в плане укрепления здоровья.

Однако в этом случае необходимо межсекторальное взаимодействие, так как другие отрасли экономики могут оказать существенное влияние на реализацию медицинских программ.

Например, программы профилактики курения табака окажутся неэффективными, если в СМИ будет проводиться активная реклама табачных изделий. Эффективность программ борьбы с курением возрастает, если на государственном уровне запрещено курить в общественных местах, повышена стоимость страховки для курильщиков и т.д.

|  |
| --- |
| **1.8. Принципы мониторинга факторов риска9** |

Для программ укрепления здоровья крайне важен мониторинг факторов риска. Он позволяет выявить наиболее значимые факторы риска, а также изменение их значимости в процессе реализации профилактических программ.

Учет всех факторов риска сложен и требует существенных материальных затрат. Поэтому ВОЗ рекомендует принцип поэтапной реализации системы мониторинга (Рис. 1.4).



|  |
| --- |
| **Мониторинг факторов риска:**   * выявление факторов риска * изменение их значимости в ходе реализации программ укрепления |

|  |
| --- |
| **Этапы мониторинга факторов риска:**   * I - анкетирование * II - физикальные методы исследования * III - клинико-инструментальные методы исследования |

|  |
| --- |
| **Выбор факторов риска для мониторинга:**   * наибольшее воздействие на здоровье * поддается профилактике * может изучаться |

|  |
| --- |
| **Модули анализа факторов риска:**   * основной * расширенный * дополнительный |

Принцип поэтапного мониторинга факторов риска и показателей заболеваемости и смертности приведен в таблице 1.5.

Таблица 1.5. Поэтапный принцип, рекомендованный ВОЗ при организации мониторинга и анализа факторов риска и распространенности неинфекционных заболеваний

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Неинфекционные заболевания** | **I этап** | **II этап** | **III этап** |
| Показатели смертности за прошедший период (факторы риска в прошлом) | Показатели смертности по половозрастным группам | Словесное описание результатов вскрытия - показатели смертности по половозрастным группам и причинам смерти | Свидетельство о смерти -показатели смертности по причинам смерти и половозрастным группам |
| Показатели заболеваемости (факторы риска в настоящем) | Данные госпитализации по половозрастным группам | Уровни госпитализации и основные причины госпитализации по 3 группам: инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания, травмы | Данные по вновь выявленным случаям заболеваний с указанием причины заболевания |
| Факторы риска (заболеваемость в будущем) | Анкетирование по основным факторам риска | Результаты физикальных методов обследования | Данные клинико-лабораторных исследований |

Принцип поэтапного осуществления мониторинга базируется на стандартизации системы сбора информации, что позволяет отслеживать ситуацию по регионам и странам. При необходимости может проводиться сравнение факторов риска. Кроме того, данная система мониторинга позволяет отслеживать развитие ситуации с течением времени.

Поэтапное отслеживание всех факторов риска невозможно. Поэтому при создании системы мониторинга целесообразно особое внимание уделять тем факторам риска, которые поддаются воздействию.

Факторы риска, отбираемые для мониторинга, должны удовлетворять следующим требованиям:

* оказывать наибольшее воздействие на заболеваемость, инвалидность или смертность;
* поддаваться воздействию программ укрепления здоровья;
* могут изучаться с соблюдением соответствующих этических норм

Кроме того, немаловажно при отборе фактора риска учитывать научные данные об опыте его изучения и/или контроля. Основные факторы риска для неинфекционных заболеваний, удовлетворяющие приведенным требованиям, приведены в таблице 1.6.

Таблица 1.6. Факторы риска основных неинфекционных заболеваний, используемые для мониторинга профилактических программ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска** | **Заболевание** | | | |
| **Сердечно-сосудистые заболевания** | **Сахарный диабет II типа** | **Онкологические заболевания** | **Бронхо-легочные заболевания** |
| Курение | + | + | + | + |
| Употребление алкоголя | + |  |  |  |
| Нерациональное питание | + | + | + | + |
| Недостаточная физическая активность | + | + | + | + |
| Ожирение | + | + | + | + |
| Повышенное артериальное давление | + | + |  |  |
| Повышение уровня глюкозы крови | + | + | + |  |
| Нарушение баланса липидов крови | + | + | + |  |



При поэтапном осуществлении мониторинга на I этапе данные собираются при помощи анкетирования. Данный процесс может осуществлять ограниченная команда специалистов, в том числе со средним медицинским образованием. На II этапе мониторинга добавляются данные физикальных методов исследования. III этап дополняется клинико-инструментальными и лабораторными методами исследований.

В результате мониторинга получается ограниченный набор достоверных данных. При необходимости на каждом из этапов исследования могут использоваться три модуля анализа факторов риска: основной, расширенный и дополнительный (Рис. 1.5).

Модульный анализ позволяет расширить сведения о факторах риска, не привлекая методы исследования другого этапа. Так, мониторинг I этапа предполагает применение анкет. При использовании модульного анализа применяются дополнительные анкеты или же дополняются существующие анкеты. Пример модульного анализа факторов риска приведен в таблице 1.7. Полный список модулей, рекомендуемый ВОЗ, дан в [приложении 2](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/p2.html).

Таблица 1.7. Пример принципа поэтапной оценки факторов риска

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Модули** | **Уровни** | | |
| **I этап** | **II этап** | **III этап** |
| Основной | Социально-экономические данные; курение; употребление алкоголя; недостаток физической нагрузки; нерациональное питание | Измерение роста, веса, объема талии, артериального давления | Измерение натощакового уровня глюкозы; общее содержание холестерина в крови |
| Расширенный | Тип питания; образование; данные о семье | Измерение объема бедер | Определение содержания липопротеидов высокой и низкой плотности; триглицеридов |
| Дополнительный | Данные об образе жизни; психическое здоровье; травмы | Прогулка с замером времени и шагомером; измерение пульса; определение толщины кожных складок | Тест на толерантность к глюкозе, анализ мочи |

|  |
| --- |
| **1.9. Система контроля распространения хронических неинфекционных заболеваний10** |

|  |
| --- |
| **Сбор данных при мониторинге:**   * непрерывный * периодический |

Возможности для проведения I уровня мониторинга факторов риска имеются во всех медицинских учреждениях. Вопросы анкеты должны давать представление о социально-экономическом состоянии индивидуума или группы индивидуумов, содержать информацию об употреблении табака и алкоголя, характере питания и физической активности.

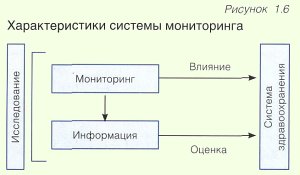
Получаемые на основе подобных анкет данные позволяют оценить состояние здоровья в настоящее время и сделать прогноз на будущее. Некоторые из анкет приводятся в приложениях.

При организации программ укрепления здоровья принципиально важно понимать, что существующая система непрерывной регистрации заболеваемости и смертности не дает представления об эффективности отдельных профилактических программ. Однако статистические данные могут быть полезны для поиска наиболее болезненных точек при реализации программ укрепления здоровья.

Для отдельных программ укрепления здоровья может быть более удобен периодический сбор данных, чем непрерывный (Табл. 1.8). Периодические исследования легче организовывать, и они требуют меньше материальных затрат для своей организации, чем непрерывные.

Таблица 1.8. Сравнение принципов непрерывного и периодического сбора данных

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Критерий** | **Заболевание** | |
| **Непрерывный** | **Периодический** |
| Процесс сбора данных | Требуется большая команда | Требуется небольшая команда |
| Степень общедоступности данных | На первом этапе - невысокая | Доступна для межведомственных отчетов |
| Степень полезности данных для анализа тенденций | Постоянно обновляется | Результаты появляются после трехкратного повторения |
| Оценка результативности мероприятий | Постоянно | Периодически |
| Стоимость | Средства выделяются отдельной строкой бюджета | Средства предусматриваются для каждого мероприятия |



Созданная система мониторинга эффективна только в том случае, если она может оказывать влияние на политику системы здравоохранения (Рис. 1.6). Данные, способствующие созданию системы мониторинга, могут поступать из различных источников (Табл. 1.9).

В целом система мониторинга неинфекционных заболеваний сходна с таковой для инфекционных заболеваний. Однако их основное различие заключается в том, что при мониторинге инфекционных заболеваний упор делается на выявлении новых случаев. При мониторинге неинфекционных заболеваний мониторинг подразумевает отслеживание значимости фактора риска для индивидуума, группы индивидуумов или населения в целом. Тем не менее эти системы взаимодополняемы и могут использоваться одновременно.

Таблица 1.9 Примеры источников информации, которые могут использоваться в системе мониторинга

|  |  |
| --- | --- |
| **Источник** | **Данные** |
| Обследование | Данные по населению, целевой группе, индивидууму |
| Регистрация заболеваний | Вновь выявленные случаи заболеваний и смертельные случаи |
| Информация о деятельности лечебно-профилактических учреждений | Показатели заболеваемости и оказания медицинских услуг |
| Административные данные | Регистрация рождения и смерти, данные о потреблении медикаментов |
| Данные по потреблению | Подушевое потребление медицинских услуг |
| Экономические отчеты | Экономические показатели системы здравоохранения |

|  |
| --- |
| **1.10. Принципы организации профилактических программ** |

Факторы риска, рассмотренные нами в параграфе 1.8, являются общими для основных неинфекционных заболеваний. Соответственно, программы профилактики их воздействия могут проводиться для населения в целом. Подобные программы называются популяционными.

Примеры популяционных программ. Реклама для привлечения всех желающих к участию в спортивно-массовых мероприятиях. Пропаганда рационального питания, отказа от курения. Публичные советы регулярно измерять артериальное давление.

В некоторых группах населения воздействие факторов риска может быть особенно выражено. Также некоторые группы населения могут быть особенно чувствительны к определенным программам укрепления здоровья. Программы, реализуемые для заданной части населения, называются групповыми.

|  |
| --- |
| **Программы профилактики:**   * популяционные * групповые * индивидуальные |

|  |
| --- |
| **Первичная профилактика** - профилактика, проводимая для здоровых лиц с целью предотвращения развития возможных болезней |

|  |
| --- |
| **Вторичная профилактика** - профилактика, проводимая для лиц, имеющих факторы риска, с целью предотвращения развития возможных болезней |

|  |
| --- |
| **Третичная профилактика** - профилактика, проводимая для лиц, имеющих хронические заболевания, с целью уменьшения числа рецидивов, их продолжительности, тяжести, замедления сроков прогрессирования заболевания |

|  |
| --- |
| **Алгоритм планирования и реализации программ профилактики:**   * ситуационный анализ * определение целевых групп * определение целей, задач, методов * мониторинг * поиск источников финансирования * правовое регулирование |

Многие групповые программы реализуются в образовательной среде. Это связано с тем, что дети и подростки наиболее восприимчивы к новой информации и еще не имеют устоявшихся неблагоприятных для здоровья привычек. Подобные программы - введение уроков физической культуры, организация питания школьников и т.д.

Если человек имеет несколько факторов риска, то для него необходимы индивидуальные программы профилактики. Например, для человека с избыточной массой тела, гиперхолестеринемией, артериальной гипертензией могут быть подобраны гипотензивные средства, назначены статины, рекомендована специальная диета и физическая нагрузка.

Если программы профилактики реализуются для здоровых лиц, то их целью является предотвращение развития возможных заболеваний. Подобная профилактика называется первичной. Первичная профилактика чаще всего бывает популяционной и групповой.

Если индивидуум (группа лиц) имеет факторы риска развития тех или иных заболеваний, то программы профилактики должны быть направлены на изменение модели поведения. Такую профилактику принято называть вторичной. Вторичная профилактика не может быть популяционной; она бывает групповой и индивидуальной.

Для лиц, имеющих хронические заболевания, профилактика проводится с целью уменьшения числа рецидивов, их продолжительности, тяжести, замедления сроков прогрессирования заболевания. Это так называемая третичная профилактика. Она бывает только индивидуальной.

При планировании и проведении профилактических программ следует придерживаться следующего алгоритма (Рис. 1.7):



1. Ситуационный анализ. В чем заключается проблема. Какие имеются факторы риска. К развитию какой патологии (каких патологий) могут привести эти факторы риска.
2. Определение целевых групп. Для кого реализуется профилактическая программа. Будет ли она индивидуальной, групповой или популяционной.
3. Определение цели. Что будет достигнуто.
4. Определение задач. Как будет достигаться заданная цель,
5. Определение методов. Какими способами будет реализовываться программа.
6. Оценка эффективности (мониторинг). Как будет оцениваться достижение заданной цели
7. Поиск финансовой поддержки. За счет каких средств будет реализовываться программа
8. Правовые аспекты. Как законодательно регулируется данный вид деятельности.
9. Непосредственная реализация конкретной программы

В идеале этот алгоритм в той или иной степени повторяется в процессе реализации программ укрепления здоровья.

|  |
| --- |
| **1.11. Предупреждение хронических неинфекционных заболеваний** |

Хронические неинфекционные заболевания поддаются профилактике. Это означает, что может быть:

* отсрочена клиническая манифестация заболевания;
* уменьшена частота и тяжесть обострений

Как показывает анализ заболеваемости и смертности в странах Европы, отсутствие программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний приводит к увеличению их гнета в молодом возрасте. Кроме того, хронические неинфекционные заболевания и связанные с ними факторы риска в первую очередь поражают социально незащищенные слои населения.

Хронические неинфекционные заболевания оказывают значительное влияние на экономику стран, ограничивая способность людей трудиться и убивая население трудоспособного возраста. Наблюдающееся старение населения лишь увеличивает бремя хронических неинфекционных заболеваний.

Для эффективной профилактики хронических неинфекционных заболеваний важно избавиться от существующих неверных представлений о них (Табл. 1.10). Наличие данных неверных представлений создает значительные помехи при разработке программ укрепления здоровья.

На государственном уровне полноценные программы укрепления здоровья реализуются в Канаде, Финляндии, Португалии, Великобритании, Германии, Литве и других странах. Они включают в себя:

1. Формирование государственной политики, способствующей укреплению здоровья.
2. Создание условий окружающей среды, благоприятствующих здоровью.
3. Усиление мер на уровне населения и с его участием.
4. Выработка личных навыков у людей.
5. Переориентация служб здравоохранения на осуществление программ укрепления здоровья

В условиях нашей страны в настоящее время медицинский работник может осуществлять две последние группы мероприятий.

Таблица 1.10. Основные неверные представления о хронических неинфекционных заболеваниях

|  |  |
| --- | --- |
| **Неверное представление** | **Верные сведения** |
| Хронические заболевания - болезни достатка | Низкая социальная обеспеченность приводит к кумуляции факторов риска, увеличивает уязвимость хроническими неинфекционными заболеваниями, уменьшает доступность медицинской помощи |
| Хронические заболевания являются результатом риска, на который люди идут по собственной воле | Хронические заболевания не являются результатом только личного поведения. В их развитии также повинна государственная политика, бизнес. Дети зависимы от стереотипов поведения в семье, обществе, образовательном учреждении |
| Глобальное экономическое развитие приведет к улучшению медико-социальных условий | Увеличение инвестиций в здравоохранение пока приводит к укреплению здоровья лишь некоторых групп населения. По оценкам экспертов, глобализация лишь приведет к усугублению ситуации с хроническими неинфекционными заболеваниями |
| Положительные эффекты борьбы с хроническими заболеваниями проявляются только на уровне индивидуума | Отдельные лица, вне всякого сомнения, получают пользу от программ укрепления здоровья. Однако и общество в целом получает экономические преимущества от профилактики хронических неинфекционных заболеваний, поскольку при реализации профилактических программ улучшается благополучие населения |
| Лечение на индивидуальном уровне в учреждениях здравоохранения является правильной стратегией предупреждения неинфекционных заболеваний | Лечение лиц, имеющих факторы риска, является эффективным для профилактики хронических заболеваний. Однако такое лечение не охватывает все население в целом и не включает в себя программы первичной профилактики. Кроме того, затраты на лечение превышают таковые на профилактику. В целом для эффективного осуществления программ укрепления здоровья необходимо межсекторальное взаимодействие, однако эта проблема не может быть решена только усилиями медико-социальной службы |
| Хронические заболевания наследуются, а факторы риска значимы лишь со стастической точки зрения | Как правило, причиной хронических неинфекционных заболеваний являются факторы риска. Их сочетание повышает вероятность развития хронических заболеваний. Лишь в ограниченном числе случаев наследственность может иметь значение в развитии хронических неинфекционных заболеваний |

|  |
| --- |
| **1.12. Принципы организации профилактических мероприятий в учебных учреждениях** |

Известно, что одним из эффективных методов реализации программ укрепления здоровья является реализация обучающих и психологических программ по проблемам, связанным со здоровьем, в учебных учреждениях. С одной стороны, это связано с тем, что здоровый образ жизни предполагает формирование целого ряда привычек и стереотипов в поведении, которые легче правильно выработать в детском и подростковом возрасте, чем в дальнейшем исправлять во взрослом. С другой стороны, через образовательную среду проходят практически все дети и подростки на территории Российской Федерации.





|  |
| --- |
| Обычно программы, направленные на формирование здорового образа жизни, должны быть согласованы с:   * родителями (родительским комитетом) * педагогическим коллективом * департаментом образования территории * департаментом здравоохранения территории * Министерством образования и науки РФ * Министерством здравоохранения и социального развития РФ |

Школьные программы укрепления здоровья должны быть комплексными (Рис. 1.8) и включать в себя информирование, обучение, воспитание, мониторинг, формирование здорового образа жизни. В зависимости от содержания и задач программы в нее могут входить те или иные компоненты.

Многие при планировании профилактических программ, особенно касающихся репродуктивного здоровья, исходят из принципа "мы в свое время этого не знали!". Между тем если ребенку не сообщить информацию по интересующей его теме, то он сам найдет способ получить ее, зачастую в искаженном виде.

Между тем одного только информирования недостаточно для формирования здорового жизненного стиля. Обязательной составляющей профилактических программ является развитие личностных ресурсов и поведенческих навыков, следовательно, возникает необходимость в участии психологов в подобных программах. Решение подобной проблемы требует комплексного подхода.

Планируя и проводя образовательные программы по формированию здорового образа жизни школьников, необходимо привлекать к ним не только сверстников, но и родителей и других значимых взрослых. Любые программы профилактики неэффективны без изменения окружающей школьников среды (Рис. 1.9). Если не изменить окружение школьников, то оно будет оказывать на них давление. Зачастую это давление негативно и не способствует формированию здорового образа жизни.

Следует помнить, что еще на этапе планирования профилактические программы должны проходить обязательное согласование. Какими бы безобидными ни казались программы формирования здорового образа жизни, все они направлены на изменения стиля поведения детей и подростков и, значит, затрагивают его психологическую сферу.

Каждая согласующая инстанция, орган, имеет свои цели. Так, родители на добровольной основе определяют возможность участия их ребенка в профилактической программе; знакомятся со степенью, глубиной, объемом и способом подачи материала. Особенно это касается программ охраны репродуктивного здоровья. Сама возможность реализации подобных программ требует обязательного согласования с родителями, которые должны иметь возможность отказаться от участия ребенка в этих программах в силу личностных, религиозных или каких-либо других убеждений.

Педагогический коллектив рассматривает возможность проведения профилактической программы в данном учебном учреждении, выделяет материально-технические средства для реализации профилактической программы (аудитории, часы и т.д.).

Руководящие органы систем образования и здравоохранения могут выделять средства на реализацию профилактических программ, проводят внешнюю экспертизу, лицензирование программ, а также осуществляют общий контроль и руководство при проведении профилактических мероприятий.

Основная цель программ профилактики - формирование здорового жизненного стиля и мотивации на здоровьесберегающее поведение. При планомерной реализации этих программ будет происходить формирование ответственности каждого члена общества за свое здоровье и здоровье своих детей.

Чтобы повысить эффективность формирования здорового образа жизни, при планировании профилактических программ необходимо учитывать исходные знания целевой аудитории.

Так как программы профилактики, особенно охраны репродуктивного здоровья, могут противоречить личностным убеждениям детей и их родителей, то должна существовать разумная добровольность участия в профилактических программах. С одной стороны, если предложить подростку участвовать или не участвовать в подобного рода программах, то он, скорее всего, выберет "не участвовать", так как при этом от него требуется меньше усилий. С другой стороны, нельзя заставлять ребенка посещать занятия, если он или его родители считают, что излагаемый материал по каким-либо причинам неприемлем. Только при условии добровольности участия профилактические программы могут отвечать основному требованию медицины: "Не навреди!".

|  |
| --- |
| **1.13. Принципы организации профилактических мероприятий в лечебных учреждениях** |

В лечебных учреждениях может быть реализовано большое количество программ укрепления здоровья. Обычно они включают в себя:

* медико-санитарное просвещение;
* профилактика развития или прогрессирова-ния отдельных нозологических форм;
* реабилитация пациентов с хроническими заболеваниями

Проводимые в лечебных учреждениях мероприятия должны способствовать улучшению состояния здоровья пациентов путем улучшения их физического, психического или социального благополучия.

Мероприятия по укреплению здоровья, реализуемые в лечебных учреждениях, являются дополнительными к тем лечебным услугам, что оказывает данное учреждение. Однако в некоторых учреждениях (например, в диспансерах) профилактические мероприятия могут являться основным видом деятельности.

Согласно рекомендациям ВОЗ, имеется пять стандартов, регламентирующих проведение мероприятий по укреплению здоровья в лечебных учреждениях:

|  |
| --- |
| 1. Лечебное учреждение должно иметь документ, определяющий политику проведения программ укрепления здоровья данным учреждением. Данные программы должны использоваться при оценке качества услуг, предоставляемых учреждением. 2. Медицинские учреждения обязаны обеспечить оценку потребностей пациентов в области укрепления здоровья, профилактики болезней и реабилитации. 3. Медицинское учреждение обязано обеспечить пациентов информацией по значимым фактам, касающимся его состояния здоровья. Деятельность по укреплению здоровья должна охватывать все этапы пребывания пациента в стационаре. 4. Руководство лечебного учреждения несет ответственность за создание здоровых условий труда. 5. Лечебное учреждение должно обеспечить непрерывность, преемственность деятельности по укреплению здоровья, а также межсекторальный подход к сотрудничеству в данной сфере |

Рассмотрим приведенные стандарты подробнее.

**1.13.1. Реализация политики укрепления здоровья в лечебных учреждениях**

Любое лечебное учреждение должно иметь документ, определяющий политику проведения программ укрепления здоровья данным учреждением. Данные программы должны использоваться при оценке качества услуг, предоставляемых учреждением. Она направлена на улучшение результатов лечения с точки зрения здоровья. Политика ориентирована на пациентов, их родственников и медицинский персонал.

Целью данного стандарта является определение рамок, в которых будут осуществляться различные виды деятельности лечебного учреждения по укреплению здоровья как одной из составляющих частей системы управления качеством.

Медицинское учреждение распределяет ответственность за процесс осуществления, оценки хода выполнения и регулярного рассмотрения проводимых мероприятий по укреплению здоровья пациентов. Организация распределяет ресурсы для проведения соответствующих мероприятий.

Персонал лечебного учреждения должен быть осведомлен о существующей политике укрепления здоровья. Материалы по укреплению здоровья должны быть включены в инструктаж новых работников.

Медицинское учреждение создает систему мониторинга мероприятий по укреплению здоровья. Организация создает условия, чтобы персонал мог осуществлять программы укрепления здоровья пациентов. Администрация выделяет необходимую для реализации программ инфраструктуру.

**1.13.2. Оценка потребностей пациентов**

Медицинские учреждения обязаны обеспечить оценку потребностей пациентов в области укрепления здоровья, профилактики болезней и реабилитации. К решению данной проблемы должны активно привлекаться пациенты.

Целью данного стандарта является оказание всяческой поддержки в процессе лечения пациентам, а также способствование улучшению здоровья и повышению благополучия пациентов.

Медицинское учреждение должно создать такие механизмы, которые позволяют оценивать потребности всех пациентов в области укрепления здоровья. Оценка потребностей пациентов в области укрепления здоровья оценивается при их первом обращении в медицинское учреждение. Полученная информация держится под контролем и корректируется по мере изменения текущей ситуации.

Оценка медицинским персоналом потребностей пациентов позволяет не только лучше понять социальные и культурные особенности отдельных индивидуумов, но и должным образом их учитывать при оказании лечебно-профилактической помощи.

Для выявления потребностей пациентов используется также информация, предоставляемая другими медицинскими службами.

**1.13.3. Информирование пациентов и мероприятия**

Медицинское учреждение обязано обеспечить пациентов информацией по значимым фактам, касающимся их состояния здоровья, Деятельность по укреплению здоровья должна охватывать все этапы пребывания пациентов в стационаре.

Целью данного стандарта является обеспечение информированности пациентов относительно запланированных видов деятельности. Это дает возможность пациенту активно участвовать в проводимых лечебных мероприятиях на правах партнера.

Медицинский персонал осуществляет информирование пациентов о факторах, влияющих на здоровье. С пациентами согласовывается план мероприятий по укреплению здоровья.

Пациентам предоставляется надлежащая информация в четкой и понятной форме об их фактическом состоянии, лечении, уходе и факторах, влияющих на состояние здоровья.

Медицинское учреждение обеспечивает документирование и оценку информации, предоставляемой пациентам, а также мероприятий по укреплению здоровья, Все пациенты, их родственники и посетители лечебных учреждений должны иметь доступ к информации о факторах, влияющих на здоровье.

**Сноски** ***[показать]***

1[Оттавская хартия укрепления здоровья, 1986. ВОЗ/НРВ/НЕР/95.1.](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/)   
2[Джакартская декларация о продолжении деятельности по укреплению здоровья в 21-ом столетии, 1997. HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html)   
3Quality of Life Assesment. The WНОQOL Group, 1994   
4Росстат, данные по состоянию на 01.01.2006   
5Борьба с основными болезнями в Европе - актуальные проблемы и пути решения. ЕРБ ВОЗ/03/06.   
6Глазунов И.О., Stashenko S. Укрепление здоровья и профилактике неинфекционных заболеваний в России и Канаде - М., 2006.   
7Адаптировано из Доклада о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения". Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г.   
8На основании данных "Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2004 Изменить ход истории". ВОЗ, 2004.   
9Адаптировано: Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний. Принцип поэтапной реализации, разработанный ВОЗ. WHO/NMH/CCS/01.01.ВОЗ.2001.   
10По: Проект ВОЗ "МОНИКА". ВОЗ, 2001   
11По: Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. - CINDI. ВОЗ, 2005   
12Лешкевич И.В. и др. Формирование здорового образа жизни в средней школе. - М.: 2006   
13По: Стандарты по укреплению здоровья в больницах. - ВОЗ, 2004