*Лекція № 21*

*Тема:* **Діагностика громадського здоров’я**

***1. Громадське здоров’я. Методи вивчення та показники громадського здоров’я***

**Громадське здоров’я** відбиває здоров’я індивідуумів, з яких складається суспільство, але не є сумою здоров’я індивідуумів. *Громадське (суспільне) здоров’я* є важливим індикатором соціально-економічного розвитку держави. Його моніторинг є необхідним і проводиться в даний час з різними цілями. Можливість оцінки зміни суспільного здоров’я в часі, його динаміка в різних регіонах країни, порівняння з іншими країнами дають наукову основу для формування політики держави в даній області.

До***методів вивчення суспільного здоров’я відносяться:*** медико-статистичний (епідеміологічний аналіз), соціологічний (сімейно-комплексне обстеження, анкетування, інтерв’ювання), експертний методи, метод організованого експерименту.

Для оцінки групового здоров’я, здоров’я населення та громадського здоров’я у медико-соціальних дослідженнях вироблені досить інформативні та уніфіковані індикатори або ***показники (групи показників) здоров’я:***

*I. Медичні* *показники:* медико-демографічні, захворюваності та поширення хвороб, інвалідності, фізичного розвитку населення.

*II. Показники соціального благополуччя:* демографічна ситуація, фактори навколишнього середовища, спосіб і якість життя, рівень медичної допомоги.

*III. Показники психічного благополуччя:* захворюваність психічними розладами, частота невротичних станів і психопатій та ін.

***2. Медико-демографічні показники суспільного здоров’я***

***Медико-демографічні показники*** поділяються на *показники природного руху населення:* народжуваність, смертність, природний приріст населення, середня тривалість майбутнього життя, шлюбність, плодючість, і *показники механічного руху населення* (міграція населення): еміграція, імміграція.

***Народжуваність*** розглядається як природний процес відновлення населення, статистично реєстрований числом дітонароджень в конкретній популяції за певний період часу.

Показник (коефіцієнт) народжуваності розраховується як відношення загального числа народжених за рік до середньорічної чисельності населення, перераховане на 1000 осіб. Середній рівень народжуваності оцінюється в межах 15-25‰ (проміле), народжуваність нижче 15‰ вважається низькою, понад 25‰ – високою.

Більш точну картину народжуваності дозволяють відобразити коефіцієнти загальної і шлюбної плодючості, що враховують чисельність жінок репродуктивного віку (15-49 років). Число народжень до 15 років і після 49 років незначне. Особлива увага приділяється віковим показникам народжуваності: 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49 років.

Коефіцієнт загальної плодючості розраховується як відношення загального числа народжених живими за рік до середньорічної чисельності жінок у віці 15-49 років, перераховане на 1000 осіб.

Коефіцієнт шлюбної плодючості розраховується як відношення загального числа народжених живими за рік до середньорічної чисельності жінок у віці 15-49 років у шлюбі, перераховане на 1000 осіб.

***Смертність*** розглядається як процес вимирання населення, статистично реєстрований числом смертей в конкретній популяції за певний період часу.

Коефіцієнт загальної смертності розраховується як відношення загального числа померлих за рік до середньорічної чисельності населення, перераховане на 1000 осіб. Показник оцінюється як низький, якщо значення не перевищує 9‰, середній – від 9 до 15‰ і понад 15 ‰ – як високий.

Для розробки адекватних заходів щодо зниження смертності населення особливе значення має аналіз показника структури причин смертності. В середньому до 73,3% усіх летальних випадків нині в Україні припадає на три основні класи причин смерті: на першому місці знаходяться хвороби системи кровообігу, на другому – новоутворення, на третьому – зовнішні причини.

Крім загального коефіцієнта смертності розраховуються і аналізуються коефіцієнти материнської смертності, мертвонароджуваності, дитячої смертності, коефіцієнти смертності від окремих захворювань та ін.

*Дитяча смертність* є показником соціального неблагополуччя. Рівні дитячої смертності протягом 1-го року життя нерівномірні: найбільш висока смертність припадає на 1-й місяць життя, а в 1-му місяці – на 1-й тиждень. Особлива увага приділяється показникам перинатальної дитячої смертності, тобто смертності навколо пологів. Розрізняють антанатальну (до пологів), інтранатальну (у пологах), постнатальну (після пологів), ранню неонатальну (протягом 1-го тижня життя) і неонатальну (протягом 1-го місяця життя) смертності. Антанатальна та інтранатальна смертності складають мертво-народжуваність. Основними причинами перинатальної смертності є родові травми, вроджені аномалії розвитку, асфіксії тощо. На рівень перинатальної смертності впливають такі чинники: соціально-біологічні (вік матері, її стан під час вагітності, наявність абортів в анамнезі, число попередніх пологів і т.д.), соціально-економічні (умови праці вагітної, матеріальне становище, сімейний стан, рівень медичної допомоги вагітним і новонародженим).

Показник дитячої смертності розраховується як відношення загального числа померлих дітей 1-го року життя за поточний рік до суми 2/3 від числа народжених у поточному році і 1/3 від числа народжених у минулому році, перераховане на 1000 осіб.

Показник перинатальної смертності розраховується як відношення суми числа померлих дітей у віці 0…6 діб і числа дітей народжених мертвими за поточний рік до загального числа народжених (живими і мертвими) у поточному році.

Показник ранньої неонатальної смертності розраховується як відношення числа померлих дітей у віці 0…6 діб за поточний рік до загального числа народжених живими у поточному році.

***Коефіцієнт природного приросту населення*** служить найбільш загальною характеристикою зростання населення. Даний показник розраховується як різниця коефіцієнтів народжуваності та смертності. Його позитивне значення свідчить про приріст населення, а негативне – про убуток населення. В даний час у країнах Європи спостерігається зниження природного приросту населення за рахунок зниження народжуваності. Демографічна ситуація в сучасній Україні також має несприятливі тенденції, пов’язані з низьким коефіцієнтом народжуваності, високим коефіцієнтом загальної смертності та, як наслідок, негативним приростом населення.

***Середня тривалість майбутнього життя****,* як один з показників громадського здоров’я, більш об’єктивно відображає демографічні процеси, ніж показники народжуваності та смертності. Під даним показником слід розуміти гіпотетичне число років, яке в середньому належить прожити поколінню народжених або числу однолітків певного віку за умови, що на всьому протязі їх життя смертність в кожній віковій групі буде такою ж, якою вона була в тому році, в якому проводилися обчислення. Цей показник розраховується на основі показників вікової смертності шляхом побудови таблиць смертності та характеризує життєздатність населення в цілому, не залежно від вікової структури останнього. Нині високим показником вважається 65-75 років і більше, середнім 50-65 років і низьким 40-50 років.

***Показником постаріння населення*** є частка осіб 60 років і старше, що розраховується у % як відношення чисельності населення осіб старше 60 років до загальної чисельності населення. Високим показником постарінням населення вважається, якщо дана категорія складає 20% населення і більше, помірним – 5-10%, низьким – 3-5%.

***Механічний рух населення*** - пересування (міграція) окремих груп людей визначається як різниця між кількістю прибулих на дану територію та кількістю вибулих за її межі (на 10 000 осіб наявного населення).

Загальний коефіцієнт міграційного руху розраховується як відношення міграційного приросту (скорочення) населення до загальної середньорічної чисельності населення. На жаль, за останні роки в межах нашої країни внаслідок соціально-економічної нестабільності, міжнаціональних конфліктів міграційні процеси стали все більш поширеними.

***2. Показники захворюваності населення***

Для оцінки громадського здоров’я використовується група показників, що характеризують захворюваність населення. ***Захворюваність населення*** показує рівень, частоту, поширеність усіх хвороб разом узятих і кожної окремо серед населення в цілому і його окремих групах за віком, статтю, професії і т.д. на даній території. В комплексі медичних показників здоров’я захворюваність посідає особливе місце. Її 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. Матеріали про рівень і структуру захворюваності в різних регіонах, а також в окремих статево-вікових групах, особливо в динаміці за ряд років, є необхідними для цілеспрямованої розробки програм щодо зміцнення здоров’я населення, зокрема при плануванні розвитку мережі лікувально-профілактичних закладів і підготовки медичних кадрів. Важливо також, що показники захворюваності є критеріями оцінки якості діяльності медичних установ і системи охорони здоров’я в цілому та ефективності проведення лікувальних, профілактичних, соціальних та інших заходів.

Неодмінною умовою при вивченні здоров’я населення, зокрема захворюваності, є уніфікація підходу лікарів різних країн світу до визначення та формулювання діагнозів хвороб, що дає можливість порівнювати захворюваність у часі та в різних регіонах. Основним нормативним документом, що використовується у всіх країнах світу для вивчення захворюваності та причин смертності, є ***Міжнародна класифікація хвороб*** (далі - ***МКХ***). Вона являє собою систему угруповання хвороб і патологічних станів, яка періодично переглядається та затверджується ВООЗ. В даний час діє *Міжнародна класифікація десятого перегляду* (далі - *МКХ-10*).

**Класи хвороб (МКХ-10)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Класи** | **Найменування класів** |
| I | Деякі інфекційні та паразитарні хвороби |
| II | Новоутворення |
| III | Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму |
| IV | Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин |
| V | Психічні розлади та розлади поведінки |
| VI | Хвороби нервової системи |
| VII | Хвороби ока та придаткового апарату |
| VIII | Хвороби вуха та соскоподібного відростка |
| IX | Хвороби системи кровообігу |
| X | Хвороби органів дихання |
| XI | Хвороби органів травлення |
| XII | Хвороби шкіри та підшкірної клітковини |
| XIII | Хвороби кістково-м’язової системи та сполучної тканини |
| XIV | Хвороби сечостатевої системи |
| XV | Вагітність, пологи і післяпологовий період |
| XVI | Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді |
| XVII | Вроджені аномалії розвитку, деформації та хромосомні аномалії |
| XVIII | Симптоми, ознаки, відхилення від норми, виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках |
| XIX | Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин |
| XX | Зовнішні причини захворюваності та смертності |
| XXI | Фактори, що впливають на стан здоров’я населення, і звернення до установ охорони здоров’я |

Захворюваність вивчається на підставі аналізу медичної документації амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних установ. Вивчення захворюваності включає в себе кількісну (рівень захворюваності), якісну (структуру захворюваності) та індивідуальну (кратність перенесених за рік захворювань) оцінку.

***Основними методами вивчення захворюваності***є методи, що передбачають використання таких даних:

- звертань за лікарською допомогою в медичні заклади;

- медичних оглядів окремих груп населення;

- про причини смерті;

- опитування населення;

- спеціальних вибіркових досліджень.

Кожний метод має позитивні сторони та недоліки, які необхідно знати та враховувати в практичній діяльності. Жоден з них не дає вичерпаного уявлення про захворюваність населення. Тільки використання їх у поєднанні дозволяє одержати досить повну інформацію.

Найбільш прийнятним є *метод вивчення захворюваності за зверненнями за медичною допомогою*, пов’язаний з обов’язковою реєстрацією захворювань, що здійснюється в державних лікувально-профілактичних закладах. Але повнота даних про захворюваність населення за методом звертань може бути обмежена:

- при недостатній доступності медичної допомоги (наприклад, у сільській місцевості);

- низькому рівні медичної культури населення;

- недостатньому авторитеті серед населення медичного закладу в цілому або окремих лікарів тощо.

Вивчення захворюваності за даними звертань дозволяє найбільш повно враховувати так звані «гострі» захворювання.

При *вивченні захворюваності за даними медичних оглядів*, повнота інформації про захворюваність залежить від:

- систематичного їх проведення;

- участі лікарів необхідних спеціальностей;

- достатнього діагностичного забезпечення;

- контролю своєчасності та повноти оглядів.

При використанні цього методу забезпечується найбільш повний облік раніше невідомих хронічних захворювань, або тих, з приводу яких населення активно не звертається до медичних закладів. Перевагою цього методу є також виявлення початкових форм і стадій захворювань, уточнення діагнозу деяких хронічних захворювань тощо. *Вивчення захворюваності за даними причин смерті* є додатковим методом до двох вищевказаних. Він особливо актуальний щодо обліку тих захворювань, які можна зареєструвати тільки при звертанні за одержанням лікарського свідоцтва про смерть (йдеться про хворих, що раніше не звертались до медичних закладів і померли вдома), а також раптових хвороб, які дають високу летальність (інфаркти, інсульти, травми тощо) і не були виявлені обома першими методами.

Якщо в попередні роки методи вивчення захворюваності за даними звертань і медичних оглядів були провідними, то в сучасних умовах, при появі значного числа недержавних медичних закладів і, особливо, при впровадженні елементів страхової медицини, найбільш повна інформація про захворюваність може бути отримана за даними спеціальних вибіркових досліджень і опитування населення. Перевагою методу *опитування населення* є можливість обліку захворювань, з якими населення не зверталось з тих або інших причин за медичною допомогою, а також з’ясування думки людини щодо свого захворювання. В той же час йому притаманна в певній мірі суб’єктивність, пов’язана з самодіагностикою захворювань, а також значною кількістю помилкових відповідей на запитання анкети.

Вивчення захворюваності з використанням кожного окремо із вказаних методів не дає уявлення про дійсну вичерпну поширеність патології. Цим завданням більш повно відповідають *спеціальні вибіркові дослідження*. При їх проведенні визначають регіональні, статево-вікові особливості захворюваності при різних рівнях медичного забезпечення. Спеціальні вибіркові поглибленідослідження захворюваності населення дозволяють отримати більш детальну та якісну інформацію в коротші терміни та за менші кошти. Спеціальні вибіркові дослідження є частиною загальної програми поглибленого вивчення здоров’я населення України, які застосовуються при проведенні переписів населення.

У більшості зарубіжних країн для характеристики захворюваності використовується *вибіркове вивчення документації про госпіталізацію хворих* і *опитування вибіркових груп населення із застосуванням анкетного методу*. «Центри з контролю захворюваності» крім опитування населення, застосовують *інтерв’ю телефоном*, а також *виїзди спеціальних бригад, що проводять інструментальні методи обстеження*. Лише в деяких економічно розвинутих країнах Євросоюзу, де існує державна система охорони здоров’я, проводиться вивчення загальної захворюваності за даними лікарів загальної практики, органів соціального страхування та ін.

При вивченні захворюваності розрізняють такі її види:

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

2. *Інфекційна захворюваність* – спеціальний облік гострих інфекційних захворювань, пов’язаний з необхідністю оперативного проведення протиепідемічних заходів.

3. *Захворюваність на найважливіші неепідемічні захворювання* – підлягає спеціальному обліку внаслідок їх епідеміологічного та соціального значення (злоякісні новоутворення, туберкульоз, венеричні захворювання, психічні захворювання, інфаркт міокарду, інсульт з гіпертонією, цукровий діабет тощо).

4. *Госпітальна захворюваність* – дає можливість вивчити склад хворих, що лікувались у стаціонарі.

5. З*ахворюваність з тимчасовою втратою працездатності* робітників і службовців вивчається внаслідок її соціального та економічного значення.

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

**Основні джерела інформації та показники, що характеризують окремі види захворюваності**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Методи вивчення, види захворюваності** | **Основні джерела інформації** | **Основні показники** |
| 1 | За даними звертань за медичною допомогою |  |  |
| 1.1 | Загальна захворюваність | Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів  Талон амбулаторного пацієнта | Загальна захворюваність  Первинна захворюваність  Структура загальної та первинної захворюваності |
| 1.2 | Інфекційна | Екстрене повідомлення | Рівень і структура інфекційної захворюваності |
| 1.3 | Неепідемічна | Повідомлення про важливі неепідемічні захворювання (активний туберкульоз, венерична хвороба, психічне захворювання, злоякісне новоутворення тощо) | Рівень і структура неепідемічної захворюваності |
| 1.4 | Госпіталізовані хворі | Статистична карта пацієнта, що вибув із стаціонару | Рівень і структура захворюваності госпіталізованих хворих |
| 1.5 | Із тимчасовою втратою працездатності | Листок непрацездатності | Число випадків тимчасової непрацездатності (ТН) на 100 працюючих  Число календарних днів ТН на 100 працюючих  Середня тривалість одного випадку ТН |
| 2 | За даними медичних оглядів (цільових, попередніх, періодичних) | Список осіб, що підлягають медичним оглядам  Контрольна карта диспансерного спостереження  Карта обліку диспансеризації Карта профілактичного огляду | Патологічна ураженість |
| 3 | За даними про причини смерті | Лікарське свідоцтво про смерть  Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть  Фельдшерська довідка про смерть | Показники рівня та структури захворюваності, що призвели до смерті |

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

Показники загальної захворюваності дають змогу оцінити рівні захворюваності, виявлених і зареєстрованих у амбулаторно-поліклінічних закладах протягом календарного року.

Загальна захворюваність вивчається на основі *поточної реєстрації* *усіх первинних звертань хворих*.

Первинним звертанням при *хронічних захворюваннях* вважається перше звертання в даному році.

При *гострих захворюваннях*, які можуть мати місце кілька разів протягом року, враховується перше звертання з приводу кожного випадку.

За одиницю спостереження при вивченні загальної захворюваності беруть випадок захворювання чи травми, з приводу якого пацієнт звернувся до лікувального закладу. Показники захворюваності визначаються відповідною цифрою на 1000, 10000 або 100 000 осіб населення.

Розрізняють такі основні показники загальної захворюваності:

*Первинна захворюваність* – рівень вперше зареєстрованих захворювань за календарний рік на даній території; при цьому враховуються всі гострі та вперше встановлені протягом року хронічні захворювання.

Показник первинної захворюваності дорослого населення країни коливається в межах 500-600 ‰, а у дітей він значно вищий – 1800-1900 ‰.

*Загальна захворюваність,* або *поширеність захворювань* – рівень усіх зареєстрованих захворювань за календарний рік: гострих і хронічних (зареєстрованих при першому звертанні в поточному році, а виявлених як в поточному, так і в попередні роки).

Показник загальної захворюваності дорослого населення складає в середньому 1300-1400 ‰, а дитячого населення – 2300-2400 ‰.

Останнє десятиліття характеризується тенденцією зростання первинної та загальної захворюваності дорослого та дитячого населення країни.

В даний час відбувається зміна структури захворюваності та смертності: якщо в минулому найбільш поширеними захворюваннями були інфекційні (становили головну причину смертності населення), то зараз переважають неінфекційні захворювання. Це пов’язано з досягненнями медицини в боротьбі з масовими інфекційними хворобами: вакцинацією, заходами щодо охорони праці та зовнішнього середовища (ліквідація природних осередків малярії, чуми і т.д.), санітарною освітою. Хронічні неепідемічні хвороби виникають тому, що цивілізація (зокрема, урбанізація) призводить до бурхливого наростання темпів життя, вириває людину зі звичних умов життя, до яких вона пристосовувалася протягом багатьох поколінь. В результаті біологічні ритми людини, її здатності до адаптації перестають відповідати ритмам соціальним, тобто сучасні захворювання розглядаються прихильниками теорії хвороб цивілізації як вираження непристосованості до середовища існування.

У структурі загальної захворюваності усього населення України розподіл рейтингових місць на протязі десятиріччя залишається незмінним: перше місце займають хвороби системи кровообігу, друге місце посідають хвороби органів дихання, третє місце належить хворобам органів травлення, четверте місце посідають хвороби сечостатевої системи, п’яте – хвороби кістково-м’язової системи і сполучної тканини, шосте – ендокринні хвороби, розлади харчування і порушення обміну речовин, сьоме – хвороби ока і його придаткового апарату.

У структурі загальної захворюваності дитячого населення (0-17 років) традиційно переважають хвороби органів дихання, шкіри та підшкірної клітковини, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, хвороби органів травлення, деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби ока та його придаткового апарату.

За результатами аналізу, стосовно розподілу рейтингових місць у структурі первинної захворюваності населення країни, в останнє десятиріччя перше місце посідають хвороби органів дихання, друге – хвороби системи кровообігу, третє – хвороби сечостатевої системи, четверте – травми, отруєння та деякі інші наслідки дій зовнішніх чинників, п’яте – вагітність, пологи та післяпологовий період, шосте – хвороби шкіри та підшкірної клітковини, сьоме – хвороби ока та соскоподібного відростка.

Особливе місце в статистиці захворюваності серед працюючого населення займає захворюваність професійними хворобами і захворюваність з тимчасовою втратою працездатності, що обумовлено їх великою соціально-економічною значимістю.

***3. Показники інвалідності***

Одним з медико-соціальних критеріїв суспільного здоров’я є інвалідність.

***Інвалідність*** (від лат. *invalidus* - слабкий, немічний) - це тривала або постійна, повна або часткова втрата працездатності внаслідок порушення здоров’я зі стійким розладом функцій організму в зв’язку із захворюваннями, вродженими дефектами, наслідками травм, що призводять до обмеження життєдіяльності.

*Показники інвалідності* характеризують рівень соціально-економічного розвитку суспільства, стан довкілля, якість лікувальних і профілактичних заходів. Необхідність вивчення інвалідності визначається тим, що вона тягне за собою серйозні соціальні й економічні наслідки, виключаючи працездатну частину населення з суспільно-виробничої діяльності.

Показники інвалідності виявляються шляхом реєстрації даних***медико-соціальної експертизи.*** Залежно від ступеня порушення функцій організму *медико-соціальні експертні комісії (МСЕК)* встановлюють *групу інвалідності*: 1-у – особам з повною постійною (або тривалою) втратою працездатності, що вимагають повсякденного стороннього догляду; 2-у – особам з повною постійною, або тривалою втратою працездатності, але не потребуючим постійного стороннього догляду; 3-ю – особам із значним обмеженням трудових функцій, які потребують переведення на іншу, легшу або менш кваліфіковану роботу. Інваліди 1-ї групи проходять огляд у МСЕК через 2 роки, а 2-ї та 3-ї груп – через рік. Крім того, є перелік захворювань (хронічні не зворотно протікаючи захворювання, анатомічні дефекти), при яких група інвалідності встановлюється МСЕК без зазначення строку переогляду.

Розрізняють інвалідність внаслідок загального захворювання, трудового каліцтва, інвалідність військовослужбовців, інвалідність з дитинства.

Для аналізу інвалідності використовують такі показники: первинна інвалідність, загальна інвалідність, структура первинної інвалідності по захворюваннях.

***Первинна інвалідність*** визначається у осіб, вперше визнаних інвалідами в даному році, ***загальна*** ***інвалідність*** – у осіб, визнаних інвалідами після переогляду (як вперше визнаних, так і з раніше встановленою інвалідністю).

Для оцінки загального рівня первинної інвалідності запропонована наступна шкала: низькі показники – менше 6 ‰, середні – 6-9 ‰, високі – 9-11 ‰ і дуже високі – понад 11 ‰.

Показник частоти первинної інвалідності по окремим нозологічним формам обчислюється для наочності на 10 000 осіб населення.

Розраховуються і віково-статеві показники інвалідності як в цілому, так і з окремих захворювань на 1000 осіб.

Крім того, при аналізі інвалідності визначається показник структури – розподіл інвалідів за віком, статтю, групам. У структурі первинної інвалідності дорослого населення перше місце посідають хвороби системи кровообігу, потім злоякісні новоутворення, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, травми усіх локалізацій, психічні розлади, які в сукупності складають більше 80% всіх причин первинної інвалідності. На підставі цих даних можна розробити заходи щодо профілактики інвалідності та реабілітації інвалідів.

Перераховані групи показників захворюваності та інвалідності населення досить наочно відображають картину громадського здоров’я, дають уявлення про найбільш поширені патології, причини захворюваності, смертності та інвалідності населення.

***4.*** ***Показники фізичного розвитку населення***

Останню групу медичних показників, що використовуються для оцінки суспільного здоров’я, складають **показники фізичного розвитку.**

Під ***фізичним розвитком*** слід розуміти комплекс морфологічних і функціональних властивостей організму, що визначають масу, форму тіла, структурно-механічні якості та виражаються запасом його фізичних сил.

На підставі отриманих даних встановлюють *стандарти фізичного розвитку для кожної віково-статевої групи*, що служать для індивідуальної оцінки фізичного розвитку, яку проводять при медичних оглядах. Рівень фізичного розвитку пов’язаний з кліматично-географічними умовами і різними етнічними групами, для чого створюються *реґіонарні стандарти*.

Моніторинг показників фізичного розвитку дозволяє простежити зміни, що відбуваються протягом окремих часових інтервалів, а отже, і зміни здоров’я населення. Як приклад можна навести дані процесу акселерації, коли кожне нове покоління дітей відрізняється більшим зростом, вагою і фізичною силою в порівнянні зі своїми батьками.

Загальні тенденції щодо основних показників здоров'я населення України на сучасному етапі можна визначити таким чином:

• 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, дифтерії, 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).

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

1. Повна доступність первинної безкоштовної медико-санітарної допомоги.

2. Відсоток валового національного продукту, який витрачають на охорону здоров'я (має дорівнювати 7-8 %, практично становить не більше 5 %).

3. Позитивний природний приріст населення в усіх областях (зараз у більшості областей природний приріст - негативний).

4. Відсоток дітей, які народжуються з масою тіла 2500 грамів і менше (має бути не більше 3,5 %).

5. Рівень смертності немовлят (не повинен перевищувати 9 на 1000 живонароджених, фактично протягом останніх років коливається в межах 12-15 %о).

6. Середня тривалість життя від народження (має бути не менше 75 років, а становить 67,8).

***5.*** ***Показники якості та способу життя населення***

Останнім часом для оцінки рівня соціального благополуччя людини та населення загалом стали використовувати поняття «якість життя». ***Якість життя*** ***(ЯЖ)*** базується на умовах і способі життя та задоволеності ними. Всесвітня організація охорони здоров’я характеризує *якість життя* як сприйняття індивідами їх становища в житті в контексті культури і систем цінностей, в яких вони живуть, відповідно до їх цілей, очікувань, стандартів і турбот. Стосовно здоров’я, *якість життя* розглядається ВООЗ як інтегральна характеристика фізичного, психічного і соціального стану людини, заснована на його суб'єктивному сприйнятті.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, при оцінці якості життя необхідно враховувати наступні компоненти та їх складові: 1) фізичний (сила, енергія, втомлюваність, біль, дискомфорт, сон, відпочинок); 2) психологічний (емоції, тривожність, поведінка, мислення, зовнішній вигляд); 3) рівень самостійності (повсякденна активність, здатність до самообслуговування, працездатність, залежність від лікування та ліків); 4) громадське життя (особисті стосунки, сексуальна активність, суспільна цінність суб’єкта); 5) навколишнє середовище (побут, благополуччя, безпека, доступність та якість медичної та соціальної допомоги, забезпеченість, екологічна ситуація, можливість навчання, доступність інформації); 6) духовність (релігія, особисті переконання).

Всебічне вивчення компонентів якості життя дозволяє визначити рівень ЯЖ як окремої особи, так і цілих груп, і встановити, за рахунок якого складника вона підвищується чи знижується та на що необхідно вплинути, щоб її покращити. Особливо важливими визнаються результати популяційних досліджень, які дозволяють оцінити особливості показників якості життя у різних регіонах та країнах і використовувати їх для порівняльної характеристики здоров’я різних груп населення, визначення динаміки й тенденцій якості життя на популяційному рівні.

Багатовимірним інструментом, що дозволяє отримати як оцінку якості життя респондента в цілому, так і оцінки по окремим сферам і субсферам життя є опитувальник **The world health organization quality of life (WHOQOL)**, що рекомендований ВООЗ для використання в широкому колі завдань, в які може входити необхідність дослідження якості життя: в клінічних, психологічних, соціальних, соціологічних і т.д. дослідженнях. Коротка версія опитувальника якості життя ВООЗ **(WHOQOL-BREF)** рекомендована як зручний інструмент для використання у масштабних наукових дослідженнях або клінічних випробуваннях. Повна версія даного опитувальника (**WHOQOL-100**) охоплює всі основні сфери, що впливають на якість життя, і є загальними для більшості людей на планеті. Ця версія включає 100 питань, що дозволяють оцінити якість життя в 6 сферах життя людини: Фізична сфера, Психологічна сфера, Незалежність, Соціальна активність, Навколишнє середовище та Духовність. Кожна з сфер складається з різної кількості субсфер (всього 24 значення субсфер), кожна із субсфер включає в себе 4 питання. При цьому перше питання субсфери є, по суті, шкалою інтенсивності, друге - шкалою здатності, третє - шкалою частоти, четвертє - шкалою оцінки. Крім того, 4 питання оцінюють якість життя в цілому. Для відповіді на питання передбачено 5 варіантів відповіді від «зовсім ні / ніяк / ніколи / анітрохи» до «безмежно багато / сильно / завжди / постійно». Перший варіант оцінюється в 1 бал, останній - в 5, але деякі питання необхідно підраховувати в протилежних значеннях. Коротка версія опитувальника (**WHOQOL-BREF**) складається з 26 питань. 24 з них групуються в 4 шкали, 2 питання (перше і друге) враховуються ізольовано.

У медицині якість життя визначається передусім станом здоров'я, тому в даному випадку коректно застосовувати поняття «якість життя, що пов'язана зі здоров'ям». Для якісної і кількісної оцінки якості життя, що пов'язана зі здоров'ям застосовують *опитувальники,* які за призначеннямможна розподілити на загальні та специфічні. **Загальні опитувальники** застосовують для оцінки якості життя як у здорових людей, так і в людей з різними захворюваннями. Цей вид опитувальників охоплює велику кількість спільних для багатьох захворювань ознак, наприклад, обмеження у виконанні фізичних навантажень, наявність та ступінь больового синдрому та ін. За їх допомогою часто порівнюють якість життя при тому чи іншому захворюванні з якістю життя у популяції здорових осіб. Типові загальні опитувальники, які найчастіше застосовуються для оцінки ЯЖ, складаються з різної кількості розділів, що відображають такі аспекти: больові відчуття, фізичні можливості, сон, емоційні реакції, енергійність, соціальну ізоляцію, вплив стану здоров'я на трудову діяльність, ведення домашнього господарства, взаємини з іншими людьми, особисте життя, статеве життя, улюблене заняття, активний відпочинок. Недоліком загальних опитувальників є неможливість врахування симптомів та зміни у якості життя, притаманних окремим захворюванням. Тому вони недостатньо чутливі при застосуванні до конкретної нозологічної одиниці.

Для вивчення якості життя у зв’язку з конкретним захворюванням використовують **специфічні опитувальники**. Вони можуть містити характерні для певного захворювання чи групи захворювань запитання або ж оцінюють якусь одну категорію якості життя. Для пацієнтів специфічні опитувальники більш зрозумілі, надійність їх результатів вища, що доведено низкою досліджень. Специфічні опитувальники більш прийнятні для оцінки впливу лікування на якість життя. На даний час розроблено стандартні опитувальники для більшості захворювань. Кожен із опитувальників відрізняється об'ємом дослідження, часом, що необхідний для заповнення, способами заповнення і кількісною оцінкою показників якості життя та іншими особливостями. Технологічно оцінка якості життя відрізняється за способом отримання інформації. Опитувальники можуть заповнюватись або шляхом інтерв'ю при безпосередньому контакті з пацієнтом чи телефоном, або шляхом самостійної відповіді пацієнта після отримання інструкцій. Останнім часом в оцінці якості життя все більшої популярності набувають інтернет-технології, що передбачають заповнення анкет респондентами на спеціалізованих веб-сайтах.

Серед загальних неспецифічних опитувальників, що часто застосовують для оцінки якості життя, найбільш апробованим та валідним вважається ***опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status)***. Він широко використовується в США і країнах Європи при проведенні досліджень якості життя. Усі 36 пунктів опитувальника згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров’я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров’я. Показники кожної шкали варіюють між 1 i 100 балами, де 100 балів представляє повне здоров’я. Всі шкали формують два показники: душевне і фізичне благополуччя. Результати представляються у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами, які складені таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень ЯЖ.

Кількісно оцінюються такі показники:

1. Фізичне функціонування (Physical Functioning - PF) відображає ступінь, в якій фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах та ін.). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров’я.

2. Рольове функціонування, яке обумовлене фізичним станом (RolePhysical Functioning - RP) - вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов’язків). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

3. Інтенсивність болю (Bodily pain - BP) та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

4. Загальний стан здоров’я (General Health - GH) - оцінка хворим свого стану здоров’я зараз і перспектив лікування. Чим нижче бал за цією шкалою, тим нижча оцінка стану здоров’я.

5. Життєва активність (Vitality - VT) - відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим. Низькі бали свідчать про стомлення пацієнта, зниження життєвої активності.

6. Соціальне функціонування (Social Functioning - SF) визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниженні рівня спілкування у зв’язку з погіршенням фізичного та емоційного стану.

7. Рольове функціонування, яке обумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE) передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, що обумовлені погіршенням емоційного стану.

8. Психічне здоров’я (Mental Health - MH) характеризує настрій наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічному неблагополуччя.

Шкали групуються в два показника «фізичний компонент здоров’я» та «психологічний компонент здоров’я»:

Для зручної обробки результатів можна скористатися посиланням **http://www.sf-36.org/nbscalc/index.shtml**

Дослідження впливу визначального чинника формування рівня здоров’я, такого як спосіб життя, проводяться як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях методом соціологічного опитування за допомогою спеціально розроблених анкет.

Крім розглянутих вище показників ВООЗ рекомендує використовувати *для оцінки суспільного здоров’я наступні критерії та показники:*

- розмір відрахування з валового національного продукту коштів, що йдуть на охорону здоров’я (% ВВП);

- частка ВВП на душу населення;

- доступність первинної медико-санітарної допомоги;

- забезпеченість населення безпечним водопостачанням;

- рівень імунізації населення;

- стан харчування, у тому числі дітей.