**Анализ и мониторинг результатов данных медико-социологического исследования разновозрастных групп населения Старооскольского городского округа , прошедших комплексное скрининговое обследование в «Центре здоровья » ОГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики города Старого Оскола» 2021**

Главным направлением стратегии борьбы с ХНИЗ является профилактика и пропаганда здорового образа жизни, т.к. важные детерминанты этих заболеваний относятся к образу жизни и поведению, где важнейшими общими и взаимосвязанными факторами риска являются курение табака, чрезмерное употребление алкоголя, не здоровое питание и отсутствие ФА.

Одной из важнейших проблем, стоящих перед практическим здравоохранением по усилению профилактической деятельности, повышению ее качества, эффективности и результативности, является разработка новых и адаптация к современным требованиям и условиям работы современных организационных, информационных и профилактических технологий.

К современным организационным, информационным и образовательным профилактическим технологиям, применяемым или рекомендуемым к применению относятся:

**1. Выявление факторов риска** (ФР) развития хронических неинфекционных заболеваний. Одним из наиболее актуальных современных профилактических направлений является выявление основных и дополнительных ФР, информирование пациентов о выявленных отклонениях и возможности осуществления их коррекции с применением современных профилактических, оздоровительных и лечебных технологий.

Формы и методы работы (технологии скрининг от англ. screening – «отбор, сортировка») – стратегия в здравоохранении, обследование населения, направленное на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции, а также риска заболеваний.

Цель скрининга – раннее выявление заболеваний, что позволяет обеспечить раннее начало лечения и снижение смертности. Различают массовый (универсальный) скрининг, к которому привлекаются все лица из определённой категории (например, все дети одного возраста) и селективный скрининг, применяемый в группах риска (например, скрининг членов семьи в случае выявления наследственного заболевания). Оценка и прогноз по суммарному риску развития ССЗ. Оценка суммарного риска необходима для определения вероятности развития сердечно - сосудистых событий в ближайшие 5–10лет.

**2. Консультативно-оздоровительная помощь** – вид медицинской помощи, включающий в себя оказание медицинских, информационных и образовательных услуг, выдачу рекомендаций, направленных на профилактику заболеваний и укрепление здоровья, а также консультирование специалистов, участвующих в ведении и лечении пациента.

Цель консультативно-оздоровительной помощи – оказание максимально-возможного содействия пациентам в снижении воздействия модулируемых ФР, профилактике заболеваний и их последствий путем проведения индивидуального профилактического консультирования.

**3. Диагностика и профилактика эмоционально-поведенческих расстройств.**

Достаточно существенный объем хронических неинфекционных заболеваний, их течение и прогрессирование связывается с наличием психосоматических расстройств. В связи с этим многие привлекают к работе медицинских психологов, работающих в тесном контакте с лечащими врачами

**4. Информационное обеспечение.**

Информатизация – это тот базис, который лежит в основе разработки, реализации и мониторинга на всех уровнях теории и практики деятельности по профилактике заболеваний и укреплению здоровья различных групп населения с учетом имеющихся рисков для здоровья. Сложившаяся ситуация свидетельствуют о необходимости систематизации и упорядочения системы информационного обеспечения профилактической деятельности, определения путей унификации банков данных по профилактике заболеваний и укреплению здоровья, приоритетных направлений в решении задач информационного обеспечения, а также расширения возможностей доступа к сформированной информационной базе и повышения эффективности ее использования. Информационное обеспечение – систематизированная комплексная форма информации по определенному направлению деятельности, адаптированная к отечественной и международной информационной сети.

Информационная технология – совокупность методов, производственных и программно - технологических средств, объединенных в технологическую цепочку, обеспечивающую сбор, хранение, обработку, вывод и распространение информации.

Целью информационного обеспечения является создание информационной системы, которая сможет более эффективно содействовать приобретению, использованию и распространению данных в поддержку здоровья для всех. Учитывая, что профилактическая деятельность определена безусловным приоритетом политики и практики охраны и укрепления здоровья населения, формирование информационного обеспечения профилактической деятельности, должно стать первоочередной задачей при формировании государственной и отраслевой информационной политики, а на уровне ЛПУ – основой создания единого информационного пространства для специалистов и обеспечиваемого населения.

**5. Гигиеническое обучение и воспитание.**

Задачи по санитарному просвещению, гигиеническому обучению и воспитанию населения (как индивидуумов, так и различных групп и категорий граждан) должны реализовываться в том или ином виде всеми подразделениями и специалистами ЛПУ и отделениями профилактики.

Основной целью гигиенического обучения и воспитания является информация категорий населения о влиянии негативных факторов на здоровье и возможностях его снижения, формирование мотивации на укрепление и сохранение здоровья, повышение личной и групповой ответственности за здоровье, получение знаний и навыков, способствующих ведению здорового образа жизни.

**6. Координация деятельности по проведению медицинских профилактических осмотров и диспансеризации населения.**

Основной целью деятельности кабинета профосмотров является оптимизация организационных форм проведения медицинских профосмотров и диспансеризации населения в ЛПУ. Координация деятельности в этом направлении всех заинтересованных подразделений и специалистов поликлиники и применение экономически и клинически целесообразных методов для повышения эффективности и качества этой работы.

**7. Координация деятельности подразделений и специалистов ЛПУ по реализации целевых программ в части укрепления здоровья и профилактики заболеваний.**

Профилактическая программа (либо профилактический фрагмент общей программы)- систематизированное изложение основных целей, задач, направлений деятельности по профилактике заболеваемости, сохранению и укреплению здоровья. Профилактические программы (либо профилактические фрагменты общей программы) включают в себя обоснование и перечень мероприятий по реализации поставленных задач, сроки и условия реализации, исполнителей, ресурсную потребность, ожидаемый результат, а также системы управления, контроля и оценки эффективности.

**8.Мониторинг здоровья и профилактической деятельности.**

В структуру отделения профилактики предлагается включить кабинет мониторинга здоровья и профилактической деятельности. Мониторинг – это целенаправленная деятельность, включающая перманентное наблюдение, анализ, оценку и прогноз состояния объекта (процесса, явления, системы) или, иначе – аналитическая система слежения.

Мониторинг здоровья предполагает наблюдение и анализ состояния здоровья прикрепленного населения и его отдельных целевых групп по информации, предоставляемой отделом статистики (заболеваемость по обращаемости, в том числе по отдельным классам и группам заболеваний, полу, возрасту и т.д., заболеваемость по результатам профосмотров, выход на инвалидность, смертность и др.).

Мониторинг профилактической деятельности подразделений отделения профилактики и ЛПУ включает в себя аналитическое слежение за объемами, качеством и эффективностью оказания профилактических и оздоровительных медицинских услуг как в структуре отделения профилактики, так и вцелом в ЛПУ, гигиенического образования и воспитания населения.

**9.Социологические исследования в области профилактической деятельности.** При решении конкретных проблем укрепления здоровья и профилактики заболеваний, формирования ЗОЖ все большее значение приобретает изучение процессов, происходящих в этом направлении в обществе, что может быть достигнуто при проведении несложных социологических исследований. Планирование и проведение эффективных профилактических вмешательств предполагает изучение степени готовности отдельных групп населения и индивидуумов к обучению и восприятию гигиенических знаний и навыков ведения ЗОЖ.

Социологическое исследование в системе здравоохранения – способ получения знаний о процессах, происходящих в обществе, связанных с отношением к собственному и общественному здоровью, использованию профилактических, оздоровительных, лечебных и реабилитационных вмешательств, оценкой их доступности, эффективности и качества, основанный на получении информации и выявлении закономерностей на основе теорий, методов и процедур, принятых в социологии

**10.Межсекторальное взаимодействие или социальное партнерство.** При формировании комплексного подхода к решению проблем укрепления здоровья и профилактики заболеваний органы и учреждения здравоохранения должны занимать лидирующую позицию, инициировать сотрудничество со всеми заинтересованными организациями и лицами. Такое сотрудничество в настоящее время трактуется как «социальное партнерство».

Эпидемиологические исследования должны быть неотъемлемой частью системы здравоохранения при планировании и реализации программ профилактического вмешательств.

Специалистами отдела мониторинга факторов риска ОГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики города Старого Оскола» проведено медико-социологическое исследование (анкетирование) среди разновозрастных групп населения Старооскольского городского округа, прошедших комплексное скрининговое обследование в «Центре здоровья» по анкете, разработанной согласно методическим рекомендациям С.А. Бойцова «Выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний

**Цель исследования** - изучить распространённость поведенческих факторов риска развития ХНИЗ среди разновозрастных групп населения Старооскольского городского округа

**Объект исследования** - факторы риска - отклонения в состоянии здоровья.

**Предмет исследования** - результаты анонимного анкетирования.

В соответствии с указанной целью специалистами отдела мониторинга здоровья ОГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики города Старого Оскола» были поставлены следующие задачи:

1. Провести анонимное анкетирование;

2. Проанализировать проведенное анкетирование, выявить факторы риска и их потенциальное влияние на состояние здоровья респондентов.

Результаты статистической обработки анкет изложены в виде таблиц, обеспечивающих наглядность и дающих возможность количественной и качественной характеристики анализа полученных данных.

**Всего задействовано 849 респондентов в возрасте 18-60 лет и старше.**

**Итоговые таблицы и анализ результатов**

**Таблица 1 Распределение респондентов возрасту**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Респонденты** | **Возраст (лет)** | | | | **Всего** |
| **18-25** | **26-35** | **36-45** | **46-60 и старше** |
| Число респондентов | 112 | 190 | 210 | 337 | 849 |
| Распределение (%) | 13,1 | 22,4 | 24,7 | 39,8 | 100 |

В процессе подсчета и анализа результатов выявлены следующие факторы риска ХНИЗ в процентном соотношении:

**Таблица 2 Распространенность выявленных факторов риска**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Факторы риска ХНИЗ | Распространенность в % | Ранжирование фактора риска по их распространенности |
| Нерациональное питание (Z72.4) | 67,8 | 1 |
| Риск развития артериальной гипертензии (R03) | 43,2 | 2 |
| Риск развития сердечно -сосудистых заболеваний ( Z 03.5) | 39,4 | 3 |
| Избыточная масса тела (R 63.5) | 37,6 | 4 |
| Гиподинамия (недостаточная физическая активность (Z72.3) | 33,4 | 5 |
| Глюкоза (R73) | 12,6 | 6 |
| Курение(Z72.0) | 8,6 | 7 |
| Риск пагубного употребления алкоголя (Z72,1) | 2,1 | 8 |

**Таблица №3 Фактор риска «Нерациональное питание»**

Общее число в референтной группе – 849 респондентов. Фактор риска нерациональное питание у 575 респондентов (67,8%).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска нерациональное питание** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | 66 | 88 | 198 | 223 |
| Распределение (%) | 11,6 | 15,3 | 34,4 | 38,7 |

*Анализ результатов.* В данной референтной группе нерациональное питание является лидирующим фактором риска, каждый второй референт считает свой рацион несбалансированным и кратность увеличивается согласно возрасту.

**Таблица № 4 Фактор риска «Повышенное артериальное давление»**

Общее число в данной референтной группе – 849 респондентов, риск по артериальному давлению у 366 участников (43,2 %).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска повышенное АД >140/90 мм.рт.ст** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов |  | 35 | 107 | 224 |
| Распределение (%) |  | 9,6 | 29,2 | 61,2 |

*Анализ результатов.* В возрастной группе 46- 60 и старше фактор риска артериальная гипертензия определяется у более половины респондентов.

На вопрос «Говорил ли врач когда – либо, что у Вас повышенное артериальное давление?» -289 (34,1%) респондентов ответили «Да».

**Таблица № 5 Фактор риска «Риск развития сердечно - сосудистых заболеваний»**

Общее число в данной референтной группе – 849 респондентов, риск по развитию сердечно - сосудистых заболеваний у 334 участников (39,3 %).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска развитие ССЗ** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов |  | 19 | 64 | 251 |
| Распределение (%) |  | 5,6 | 19,1 | 75,3 |

*Анализ результатов.* В возрастной группе 46- 60 и старше фактор риска развития сердечно - сосудистых заболеваний определяется у более половины респондентов.

**Таблица № 6 Фактор риска «Избыточная масса тела»**

Общее число в данной референтной группе – 849 респондентов, риск по избыточной массе тела у 319 участников (37,5 %).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска избыточная масса тела** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | 23 | 36 | 92 | 168 |
| Распределение (%) | 7,3 | 11,3 | 28,8 | 52,6 |

*Анализ результатов.* В возрастной группе 46- 60 и старше избыточная масса тела преобладает у более половины респондентов.

**Таблица №7 Гиподинамия (недостаток физической активности)**

Общее число в референтной группе – 849 респондентов, фактор риска гиподинамия определился у 283 анкетируемых(33,4%).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Низкая двигательная нагрузка (менее 30 мин в день)** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | **17** | **39** | **88** | **139** |
| Распределение (%) | **6,2** | **13,7** | **31,0** | **49,1** |

*Анализ результатов.* Снижение физической активности отмечается в возрастной группе 46 - 60 и старше.

**Таблица № 8 Гипергликемия**

Общее число в референтной группе –849 респондентов, фактор риска гипергликемия у 107 исследуемых (12,6%).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска гипергликемия** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | 3 | 24 | 33 | 47 |
| Распределение в (%) | 2,9 | 22,4 | 30,8 | 43,9 |

*Анализ результатов.* С возрастом увеличивается риск заболевания сахарным диабетом.

**Таблица № 9 Фактор риска «Курение»**

Общее число в референтной группе – 849 человек, фактор риска курение отмечается у 73 респондентов , что составляет 8,6% .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Курение** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | 14 | 27 | 21 | 11 |
| Распределение (%) | 19,1 | 36,9 | 28,7 | 15,3 |

*Анализ результатов.* Фактор риска курение встречает в данной репрезентативной группе всего у 8,6% респондентов.

Табак способствует развитию заболеваний дыхательной системы, воспалительных процессов полости рта, нарушает свертываемость крови, подавляет иммунную систему. Курение ухудшает течение сахарного диабета, приводя к серьезным осложнениям.

**Таблица № 10 Фактор риска «Пагубное потребление алкоголя»**

Общее число в референтной группе – 849 респондентов, риск пагубного употребления алкоголя- 18 человек (2,1%).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Пагубное потребление алкоголя** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | 3 | 8 | 5 | 2 |
| Распределение (%) | 16,6 | 44,4 | 27,7 | 11,3 |

*Анализ результатов*. Алкоголь употребляют 18 респондентов исследования, возрастной категории 18- 60 лет и старше, что составляет 2,1%.

**Выводы.**Согласно современным представлениям, эпидемиологический анализ реализуется в четыре этапа:

**Первый этап** – анализ текущей ситуации, включает оценку потребности и определение приоритетов профилактики ХНИЗ. Только описательные эпидемиологические исследования могут дать истинную картину потребности системы здравоохранения в тех или иных вмешательствах.

**Второй этап** – разработка программ включает: формулирование целей и задач, создание модели функционирования программы с прогнозированием исходов и разработку плана оценки программы. Цели и задачи любой программы здравоохранения должны быть следствием оценки потребности и выбора приоритетов по результатам эпидемиологических исследований. Сопоставление данных эпидемиологических исследований текущей ситуации и проспективных исследований, выполненных ранее, позволяют создать модель функционирования программы с четкими временными характеристиками, распределением ресурсов и прогнозом эффективности программы. На основании модели функционирования программы строится план оценки программы, оптимальным вариантом, которой является эпидемиологический мониторинг, позволяющий оценивать влияние вмешательств на популяцию в целом, своевременно выявлять соответствие реальных изменений запланированным и вносить коррективы в программу. Оценка любой программы должна включать экономические параметры, начиная от точного определения затрачиваемых ресурсов и до оценки экономической эффективности программы/вмешательств по рекомендуемым на сегодняшний день методам «затраты-полезность», «анализ влияния на бюджет» и др.

**Третий этап** – внедрение, включает оценку качества, и здесь эпидемиологический мониторинг при включении в него определенных параметров (охват новым вмешательством целевой аудитории и др.) является оптимальным инструментом контроля качества внедряемых программ общественного здравоохранения.

**Заключительный этап** – включает анализ процессов и исходов.

В реализации профилактических программ значительная роль принадлежит мониторингу. Мониторинг (от латинского слова «monitor» – предостерегающий) – специально организованное, систематическое наблюдение за состоянием объектов, явлений или процессов с целью их оценки, контроля или прогнозаразвития. Иными словами, это систематический сбор и обработка информации, которая может и должна быть использована для улучшения процесса принятия решения, а также косвенно для информировани общественности или прямо как инструмент обратной связи в целях осуществления проектов, оценки программ или выработки политики. Результаты эпидемиологического мониторинга факторов риска ХНИЗ, будучи объединенными в единую базу данных, должно помочь правильно определять приоритет системы отечественного здравоохранения в целом.

**Задачи эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний:**

1.Систематическое наблюдение за уровнями заболеваемости и смертности населения.

2.Выявление тенденций, глобальных закономерностей распространения заболеваний.

3.Выявление территорий, отдельных групп населения с высокой и низкой заболеваемостью.

4.Установление взаимосвязи между заболеваемостью и конкретными факторами внешней и внутренней среды.

5.Количественная оценка роли отдельных факторов и их комплексов в возникновении заболеваний.

6.Прогнозирование заболеваемости и смертности, степени риска возникновения заболевания.

7.Оценка результатов и эффективности мероприятий по профилактике заболеваний.

8.Разработка конкретных рекомендаций по совершенствованию профилактики, ранней диагностики, диспансеризации населения и проведению оздоровительных мероприятий по преобразованию условий труда и быта людей, изменению привычек, обычаев, образа жизни.

9.Подготовка необходимых данных для планирования и финансирования здравоохранения.

**Эпидемиологический мониторинг** позволяет оценивать краткосрочные исходы в реальном времени и на основании краткосрочных прогнозировать долгосрочные (например, по динамике факторов риска прогнозировать возможное снижение смертности в отдаленном периоде у лиц среднего и молодого возраста). При наличии постоянно действующей системы эпидемиологического мониторинга становится возможным отслеживание и средне и долгосрочных результатов профилактических программ общественного здравоохранения.

Россия создала концепцию единой профилактической среды, которая была одобрена всей международной медицинской общественностью и стала основным завоеванием первой глобальной конференции по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных заболеваний. Российская концепция нашла отражение в резолюциях ВОЗ и политической декларации Генеральной Ассамблеи ООН. Профилактическая среда предполагает, с одной стороны, создание инфраструктурных, информационно-образовательных, нормативно-правовых, налоговых и других условий, позволяющих населению вести здоровый образ жизни, с другой стороны – мотивирование населения к сохранению здоровья и долголетию

В формировании единой профилактической среды должны принимать участие все службы, министерства и ведомства, каждое из которых должно отчасти стать здравоохранным.

В целях реализации положений, документов по формированию ЗОЖ и профилактики ХНИЗ среди населения в здравоохранении нашей страны идет активное создание системы профилактических учреждений и подразделений (инфраструктуры профилактики ХНИЗ), предусматривающей вовлечение в профилактическую работу всех медицинских организаций, конкретизацию их функций и взаимодействия (учреждений ПМСП, санаторно-курортных, стационарных лечебных учреждений).

Для жителей сельской местности, желающих обратиться в Центр здоровья исполнительной власти муниципального образования в сфере здравоохранения, в установленные часы и дни недели создан и утвержден график пребывания Центра здоровья на определенном территориальном участке, расположенном в зоне ответственности. ОГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики города Старого Оскола». А также плановом порядке проводятся выездные акции, направленные на пропаганду действий по формированию здорового образа жизни.

Результаты данного медико - социологического исследования достоверны и могут быть использованы для выработки популяционной стратегии и принятия управленческих решений.

*ОГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики*

*города Старого Оскола»*

*Заведующий отделом мониторинга факторов риска*

*Врач-терапевт Л.А. Смольникова*

*Медицинский статистик Н.А.Мартынова.*