

Современные подходы к организации профилактической работы

**Андреева Оксана Валерьевна
Управление медицинской профилактики
АНО «МИАЦ ТО» 2009 г.**

История

Истоки отечественной гигиены глубокими корнями уходят в далекое прошлое, в недра народной предупредительной медицины. Забота о питании и здоровье уже на первых стадиях развития общества являлась жизненно важной задачей человека.

Гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную и радостную жизнь.
Гиппократ

История X-XVIII века

Народная предупредительная медицина проникла в учебные заведения при появлении на Руси школ, т. е. в конце X века.

До середины XVIII века учебные заведения России находились без врачебного наблюдения, в них все же проводились некоторые мероприятия, направленные на охрану здоровья.

История XIX века



Необходимость пропаганды медико-санитарных знаний была осознана в России в конце 19 века: в 1884 при Обществе русских врачей им. Н. И. Пирогова была создана комиссия по распространению гигиенических знаний в народе.

Санитарная неграмотность населения России была одной из причин возникновения эпидемий оспы, чумы, холеры, тифа.

История XX века



Санитарное просвещение стало составной частью деятельности земской медицины:

в смете расходов в 1915 году были предусмотрены затраты “на покупку... листков, брошюр для раздачи населению”.

История XX века

Санитарное просвещение как метод охраны здоровья являлось одним из важных разделов в работе врачей и фельдшеров с самых начальных этапов советского здравоохранения.

В 1919 в помощь мед. работникам на заводах создавались комиссии по борьбе за чистоту, в школах – санитарные “тройки”, в Красной Армии – “пятерки”.



В сентябре 1919 года при Народном комиссариате здравоохранения РСФСР был образован отдел санитарного просвещения с подотделами: санитарного просвещения, издательским и лекционным. В том же году появились первые дома санитарного просвещения: сначала в Москве, затем в Петрограде и Ярославле

История XX века

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР ПРИКАЗ от 19 мая 1964 г. N 277 «О МЕРАХ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ УЛУЧШЕНИЮ ПРОПАГАНДЫ МЕДИЦИНСКИХ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ»

В целях дальнейшего улучшения постановки пропаганды медицинских знаний и гигиенического воспитания населения приказываю:

... Потребовать от руководителей учреждений здравоохранения предусматривать не менее 4 часов ежемесячно на массовую пропаганду медицинских и гигиенических знаний среди населения, соответственно специальности каждого врача и среднего медицинского работника, в счет их рабочего времени.

ПРИКАЗ N 277 от 19.05. 1964 г.

...Систематически проводить повышение квалификации медицинских работников по методике санитарного просвещения.

...разработать и осуществить мероприятия, направленные на повышение гигиенической подготовки учителей, улучшение постановки преподавания в школах сведений по охране здоровья, включенных в программы, на значительное усиление внеклассной и внешкольной санитарно-просветительной работы среди учащихся и родителей, а также на обеспечение школ методическими и учебно-наглядными пособиями для гигиенического воспитания и обучения.

...Предусмотреть мероприятия по расширению сети учреждений санитарного просвещения и укреплению их материально-технической базы.

ПРИКАЗ N 277 от 19.05. 1964 г.

...Предусмотреть строительство зданий под учреждения санитарного просвещения ...

...Принять меры к оснащению домов санитарного просвещения кинопередвижками, магнитофонами и другим специальным оборудованием и транспортом.

...Обеспечить увеличение с 1965 г. ассигнований домам санитарного просвещения и другим учреждениям здравоохранения на организацию выставок, приобретение литературы, плакатов и др.



Профилактика заболеваний с позиции общественного здоровья считается более плодотворным направлением усилий, чем лечение заболеваний.



Профилактика предполагает как деятельность общества, так и действия отдельных людей.



**Окрестности Абалакского монастыря,
Тобольск**

Профилактическими могут быть не только медицинские вмешательства, но и образовательные технологии, меры, обеспечивающие качество пищевых и непищевых товаров и услуг – т.е. вмешательства практически во всех областях человеческой деятельности

Почему необходимо заниматься медицинской профилактикой?

Демографическая ситуация в Российской Федерации пока еще остается неблагоприятной.

Сокращение численности населения, начавшееся в 1992 году, продолжается. Однако темпы **уменьшения численности населения** в последние годы существенно снизились – с 700 тыс. человек **ежегодно** в период 2000–2005 годов **до 213 тысяч человек** в 2007 году.

За 10 месяцев 2008 года коэффициент естественной убыли населения составил 2,7 на 1000 населения, в то время как за соответствующий период 2007 года он составлял – 3,4.

По состоянию **на 1 октября 2008 года** численность постоянного населения Российской Федерации составила 141,9 млн. человек, что **на 116,6 тысяч человек меньше**, чем на соответствующую дату 2007 года.

Особенности медицинской профилактики сегодня

В профилактике должны применяться:

- только подтвержденные научными данными вмешательства,
- совокупность научных данных должна быть убедительной.

Научная обоснованность вмешательств является ключевым признаком, определяющим применение профилактики.

Методология создания профилактических технологий

1. Выбор программы (плана) для профилактических вмешательств.

Программа медицинской профилактики должны быть реалистичной и целенаправленной:

**необходимо отобрать заболевания:
которые предоставляют собой важную для
общественного здоровья проблему
для профилактики которых существуют
эффективные вмешательства**

Отбор болезней проводится с учетом социальной значимости проблемы:

- высокая смертность;
- высокая распространенность;
- высокая заболеваемость;
- большой ущерб больным.

Включение в программу болезней, при которых медицина не может предложить эффективные вмешательства недопустимо!

2. Формирование целевых групп

Профилактические вмешательства должны быть адресованными

- Популяции
- Части популяции
- Индивидууму

Каждый индивидуум имеет свое представление о риске и его значимости – профилактические вмешательства должны быть согласованы с пациентом!

3. Технология реализации профилактических мероприятий

Профилактические вмешательства осуществляются

- при очередном обращении пациента за медицинской помощью или справками,
- отсроченное вмешательство при выздоровлении после острого заболевания,
- поздняя профилактика в том случае, если пациент длительно не посещает ЛПУ,
- при организации профилактических мероприятий (лекции, беседы, школы здоровья)

4. Оценка проведенных профилактических мероприятий.

Каждое проведенное профилактическое мероприятие должно быть проанализировано.

Чем позднее применяется профилактическое вмешательство, тем меньше его возможная польза.

Негативная оценка проведенного профилактического вмешательства очень важна, поскольку это создает предпосылки для дальнейшего совершенствования.

5. Экономические аспекты.

**Основным ожидаемым результатом профилактических мероприятий является: сокращение смертности и заболеваемости
общее снижение расходов в результате сокращения заболеваемости**

Ожидаемые результаты реализации профилактических мероприятий по нозологиям:

Сахарный диабет:

- 1) 100-процентное обеспечение больных сахарным диабетом средствами самоконтроля в соответствии с показаниями и стадией заболевания;
- 2) улучшение качества жизни больных сахарным диабетом путем достижения компенсации углеводного обмена.

Артериальная гипертензия:

- 1) 80-процентный охват диспансерным наблюдением больных артериальной гипертензией на ранних стадиях болезни;
- 2) увеличение количества больных, осведомленных о наличии у них артериальной гипертензии, с 35 до 60 процентов.

Туберкулез :

- 1) снижение показателя пораженности (болезненности) туберкулезом;
- 2) снижение показателя распространенности заразных форм туберкулеза;
- 3) снижение показателя первичной инфицированности туберкулезом детей.

Ожидаемые результаты реализации профилактических мероприятий по нозологиям:

Онкологические заболевания:

- 1) снижение показателя смертности от злокачественных новообразований;**
- 2) повышение показателя пятилетней выживаемости с онкопатологией.**

Заболевания, вызываемые ВИЧ:

- 1) увеличение охвата диспансерным наблюдением вновь выявленных больных с ВИЧ-инфекцией;**
- 2) увеличение охвата диспансерным наблюдением вновь выявленных больных детей с ВИЧ-инфекцией.**

Психиатрические и наркологические заболевания:

- 1) снижение показателя заболеваемости психическими расстройствами;**
- 2) снижение контингентов больных с психическими расстройствами;**
- 3) снижение показателя заболеваемости наркологическими расстройствами;**
- 4) снижение контингентов больных с наркологическими расстройствами.**

Выводы:

При выборе профилактического мероприятия необходимо:

- 1. Выявление лиц с высоким риском развития болезни (состояния) или имеющих начальную стадию болезни (состояния)**
- 2. Модифицировать риск заболевания или лечение болезни (первичная и вторичная профилактика).**

Факторы успешной реализации профилактических мероприятий

Активность населения:

- информированность о заболевании и факторах риска;
- отношение к здоровью;
- мотивация к оздоровлению;
- готовность выполнять рекомендации медицинских работников.



Школа здоровья

- это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

***В основу Школ здоровья для пациентов
заложены следующие концептуальные
положения:***

- 1) здоровье пациента может быть
восстановлено только при соблюдении
здорового образа жизни;**
- 2) психологическая реабилитация
должна предшествовать физической;**
- 3) необходимы знания основ
фармакотерапии и самоконтроля;**
- 4) семья главный этап реабилитации
больного.**

Основная цель

– повышение приверженности пациентов к лечению и формирование мотивации к оздоровлению.

Эта задача во многом зависит от личности самого врача, а порой и от его настроения, самочувствия и других особенностей.

Процесс изменения поведения любого человека

-сложный и не всегда поступательный.

Особые сложности возникают, когда встает вопрос о необходимости «искусственно» изменить жизненные привычки и поведение взрослых людей.

Жизненные привычки не ощущаются пациентом как дискомфорт.

Иногда вредные для здоровья привычки воспринимаются пациентом как удовлетворение потребности (покурить-расслабиться, пообщаться, поесть – снять стресс и пр.).

Модель изменения поведения Дж. Прочаска

1. Непонимание проблемы.

2. Принятие решения.

3. Начало действий.

4. Срыв действий.

Любая медицинская услуга

в том числе и школа здоровья, как медицинская профилактическая услуга, оценивается по многокомпонентному принципу и включает три ключевые направления:

- экстренная госпитализация в стационар по причине декомпенсации хронического заболевания, по которому проводилось обучение в школе;**
- вызов пациентом скорой помощи с хроническим заболеванием, по которому прошло обучение в школе;**
- перевод из большей в меньшую группу здоровья.**

вчәодорз елгожт

1. «Школа» организуется на основании приказа главного врача ЛПУ, в котором перечисляются:
 - ответственные лица за этот вид медицинской услуги;
 - инструкции, порядок и формы направления пациентов на обучение в Школе;
 - статистические формы регистрации и учета;
 - инструкцию по оценке качества и эффективности работы;
 - план и график работы;
 - закрепленное помещение для проведения занятий;
 - перечень оборудования.

Школа здоровья

2. Обучение в школе здоровья может осуществляться командой врачей, которые имеют соответствующее усовершенствование по выбранной нозологии.
3. Координирует работу Школ здоровья специалист, ответственный за медицинскую профилактику в ЛПУ.
4. «Школа» проводится для следующих групп лиц:
 - лица с установленными факторами риска;
 - больные лица с определенной нозологией, выбранной для «Школы»;
 - больные с осложнениями по выбранной нозологии.

Школа здоровья

5. В «Школу» пациенты направляются различными путями:
- по направлениям произвольной формы от специалистов;
 - формированием участковым врачом, врачом общей практики списков по определенной нозологии 1 раз в месяц;
 - маркировкой амбулаторных карт пациентов по нозологии, для дальнейшего формирования групп специалистом профилактики;
 - самозапись в регистратуре;
 - любой другой путь удобный в данном лечебно-профилактическом учреждении.
6. Лица, посетившие «Школу» фиксируются в «Журнале учета посещений «Школ» (приложение 1). На каждую нозологию заводится отдельный журнал учета, например «Астма – школа».

Школа здоровья

7. В определение «Школа» входит:

- количество пациентов обучающихся по выбранной нозологии не более 8-10 человек;**
- обучение длится не более 1 месяца;**
- с каждым пациентом или в группе проводится не менее 4-5 занятий по 1 академическому часу;**
- по итогам проведения занятий обязателен контроль полученных знаний и навыков.**

8. Материал для проведения занятий «Школы» должен быть оформлен в печатном виде и утвержден руководителем структурного подразделения.

Школа здоровья

9. Законченным случаем проведения «Школы» считать:

- посещение 1 пациентом 4-5 занятий;**
- итоговое анкетирование;**
- участковая медицинская сестра делает отметку в амбулаторной карте о выдаче направления в школу здоровья;**
- обучение в школе здоровья фиксируется в амбулаторной карте больного с указанием названия «Школы», росписью и расшифровкой росписи ответственного медицинского специалиста, который проводил занятие (возможно использование типового бланка).**

Благодарю за внимание

