

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
дополнительного профессионального образования

**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**УТВЕРЖДЕНО**

Решением Учебно-методического совета  
ФГБОУ ДПО РМАНПО  
Минздрава России

« 29 » мая 2017 г.

## **ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Учебное пособие

**Москва**

**2017**

УДК 616-036:614.2:371.3(075.8)

ББК 51(2)я7

З 154

Факторы риска неинфекционных заболеваний./ О.Л. Задворная, К.Н. Борисов  
Учебное пособие. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. – 65 с.

ISBN 978-5-7249-2739-0

Цель учебного пособия: систематизировать наиболее существенные факторы риска неинфекционных заболеваний, подходы к их целенаправленной коррекции, формированию здорового образа жизни населения на основе отечественной практики и рекомендаций ВОЗ.

Содержание учебно-методического пособия соответствует содержанию дополнительной профессиональной программы повышения квалификации и дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки врачей по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Учебное пособие рассматривает подходы к снижению действия факторов риска на состояние здоровья населения, меры по его укреплению на основе вовлечения граждан в процесс сохранения собственного здоровья.

Данное учебное пособие подготовлено сотрудниками кафедры международного здравоохранения и иностранных языков с участием сотрудников Управления научно-методической и образовательной деятельности в соответствии с системой стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу.

Учебное пособие предназначено для руководителей медицинских организаций, их заместителей, руководителей структурных подразделений медицинской организации, врачей-методистов, врачей различных специальностей, участвующих в проведении профилактических осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения граждан; а также слушателей циклов повышения квалификации врачей по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

УДК 616-036:614.2:371.3(075.8)

ББК 51(2)я7

Табл. 3. Библиогр.:38 назв.

Рецензенты: доктор экономических наук, академик РАЕН, Советник ректора  
Московской международной школы бизнеса МИРБИС (институт)

- **Е.А. Жуков**

кандидат медицинских наук, заведующий отделением ГБУЗ «НПП  
Центр им. З.С. Соловьева» Департамента здравоохранения города  
Москвы

- **А.А. Ершов**

ISBN 978-5-7249-2739-0

© ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение</b>		<b>4</b>
<b>Глава 1.</b>	<b>Организационно-правовые основы профилактики неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья граждан в Российской Федерации</b>	<b>5</b>
1.1.	Профилактика – приоритетный принцип в охране здоровья граждан	<b>5</b>
1.2.	Здоровье как личная и общественная ценность	<b>7</b>
<b>Контрольные вопросы и задания</b>		<b>10</b>
<b>Глава 2.</b>	<b>Риски здоровья в профилактической медицине и в формировании здорового образа жизни</b>	<b>10</b>
2.1.	Эпидемиологический подход в профилактической медицине и в формировании здорового образа жизни	<b>10</b>
2.2.	Факторы риска здоровья	<b>12</b>
2.2.1.	Определение, принципы систематизации и классификации факторов риска здоровья	<b>12</b>
2.2.2.	Оценка факторов риска неинфекционных заболеваний	<b>13</b>
2.3.	Подходы к управлению факторами риска неинфекционных заболеваний	<b>18</b>
2.4.	Стратегия по обеспечения медицинской помощи населению России по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний	<b>21</b>
<b>Контрольные вопросы и задания</b>		<b>31</b>
<b>Глава 3.</b>	<b>Образ жизни и здоровье</b>	<b>31</b>
3.1.	Детерминанты и показатели здорового образа жизни	<b>31</b>
3.2.	Качество жизни	<b>34</b>
3.3.	Биосоциальные аспекты здоровья. Мотивация населения к здоровому образу жизни	<b>37</b>
<b>Контрольные вопросы и задания</b>		<b>42</b>
<b>Глава 4</b>	<b>Технологии медицинской профилактики факторов риска неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни</b>	<b>43</b>
4.1.	Организационно-методические подходы к организации работы по медико-социальной профилактике и укреплению здоровья граждан	<b>43</b>
4.2.	Подходы к обучению взрослых. Партнерство врача и пациента в формировании здорового образа жизни	<b>48</b>
4.3.	Методы и средства медицинской профилактики и формирования здорового образа жизни. Школы здоровья	<b>49</b>
<b>Контрольные вопросы и задания.</b>		<b>53</b>
<b>Заключение</b>		<b>54</b>
<b>Тестовые задания</b>		<b>56</b>
<b>Глоссарий</b>		<b>58</b>
<b>Список литературы</b>		<b>60</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Формирование ответственного отношения к своему здоровью, ведение здорового образа жизни, коррекция и регулярный контроль факторов риска неинфекционных заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях – важнейшие направления государственной политики в области охраны здоровья и важнейшие задачи профессиональной деятельности руководителей медицинских организаций.

Во второй половине XX века произошло принципиальное изменение основных причин смерти – на первый план вышли неинфекционные заболевания. В Российской Федерации неинфекционные заболевания являются причиной около 75% всех смертей взрослого населения.

В основе развития неинфекционных заболеваний лежат факторы риска – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, генетического, экологического, социального характера, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

Широкое распространение неинфекционных заболеваний обусловлено, в основном, особенностями образа жизни и, связанными с ним, факторами риска. Изменение образа жизни и снижение уровней факторов риска может предупредить или замедлить развитие заболевания.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, определение в каждой стране наиболее существенных факторов риска неинфекционных заболеваний, их целенаправленная коррекция, а также контроль их динамики являются основой системы факторной профилактики неинфекционных заболеваний.

Для увеличения продолжительности жизни и улучшения состояния здоровья, необходимо сделать каждого гражданина активным участником сохранения собственного здоровья, обеспечить доступность знаний о состоянии своего здоровья, мерах по его укреплению и предотвращению заболеваний.

# ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## 1.1. Профилактика – приоритетный принцип в сфере охраны здоровья

Федеральным законом от 22.11.2011г.№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» установлен приоритет профилактики в сфере охраны здоровья населения.

Формирование здорового образа жизни граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование о факторах риска состояния здоровья, формирование мотивации и создание условий для ведения здорового образа жизни.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 2511-р принята государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Основной целевой установкой Программы является создание необходимых условий для сохранения здоровья населения страны. Достижение указанной цели требует обеспечения доступности профилактики, диагностики и лечения заболеваний с использованием современных медицинских технологий.

В структуру государственной программы включена подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи».

### *Основными задачами подпрограммы являются:*

1). Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, в том числе снижение распространенных и наиболее значимых факторов риска.

2). Реализация дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях обеспечения

своевременного выявления заболеваний, дающих наибольший вклад в показатели инвалидизации и смертности населения.

Важнейшим условием эффективности мер по формированию здорового образа жизни населения является наличие функционально взаимосвязанной системы по диагностике и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний в рамках не только первичной медико-санитарной помощи, но и специализированной медицинской помощи, включая санаторно-курортные организации. Инфраструктура должна включать центры медицинской профилактики, центры здоровья, центры медицинской реабилитации, кабинеты/отделения медицинской профилактики, медицинской реабилитации поликлиник и стационаров, обслуживающих городское и сельское население, санаторно-курортные организации.

Структурная и технологическая модернизация системы здравоохранения Российской Федерации требует совершенствования превентивных мер по снижению заболеваемости и смертности населения. В рамках реализации законодательных актов и нормативных документов в сфере здравоохранения предусмотрена разработка мероприятий по раннему выявлению заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, проведение профилактических осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов. Профилактика рассматривается как активный метод укрепления и сохранения здоровья населения, четко определены стратегия и задачи; сложились организационные формы.

***Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у граждан, в том числе несовершеннолетних, включают комплекс следующих мероприятий:***

1) проведение мероприятий по гигиеническому просвещению, информационно-коммуникационных мероприятий по ведению здорового образа жизни, профилактике неинфекционных заболеваний и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) выявление нарушений основных условий ведения здорового образа жизни, факторов риска развития неинфекционных заболеваний, включая риск пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определение степени их выраженности и опасности для здоровья;

3) оказание медицинских услуг по коррекции (устранению или снижению уровня) факторов риска развития неинфекционных заболеваний, профилактике осложнений неинфекционных заболеваний, включая направление пациентов по медицинским показаниям к врачам-специалистам, в том числе специализированных медицинских организаций, направление граждан с выявленным риском пагубного потребления алкоголя, риском потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача к врачу-психиатру-наркологу специализированной медицинской организации или иной медицинской организации, оказывающей наркологическую помощь;

4) проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

5) проведение диспансерного наблюдения за больными неинфекционными заболеваниями, а также за гражданами с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Сохраняющийся высокий уровень заболеваемости и смертности населения Российской Федерации, в первую очередь трудоспособного, от предотвратимых причин, требует дальнейшего совершенствования работы в области профилактики.

## **1.2. Здоровье как личная и общественная ценность**

Здоровье граждан, как социально-экономическая категория, является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой основной элемент национального богатства страны.

Согласно определению, данному Всемирной организацией здравоохранения (далее – ВОЗ), *здоровье – состояние полного физического,*

*душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (Устав ВОЗ, 1948).*

В 1984 году ВОЗ обращает внимание на то, что здоровье – это возможность человека или группы лиц реализовывать свои ожидания и удовлетворять свои потребности, приспосабливаться к условиям окружающей среды. Здоровье – это ресурс повседневной жизни, но не цель существования. Это позитивное понятие, подчеркивающее социальные и личностные ресурсы, а также физические возможности человека.

Здоровье современного человека выступает результатом естественной эволюции, в которой роль социальных факторов была очень значимой. В процессе социализации отношение к здоровью подвергалось динамическим колебаниям. Хорошо зная об обязанностях государства в сфере охраны здоровья, граждане нередко пренебрегают личной ответственностью и обязанностью бережно относиться к своему здоровью.

Каждый гражданин страны должен осознавать, что основная доля ответственности за сохранение здоровья лежит на самом человеке.

Большое значение приобретают меры воспитания подрастающего поколения. Для того чтобы быть здоровым, вести здоровый образ жизни, нужны собственные постоянные усилия, определяемые знаниями о факторах, формирующих и разрушающих здоровье, о правилах поведения в условиях опасных ситуаций, оказания первой медицинской помощи. Внедрение в сознание граждан здорового образа жизни предусматривает, прежде всего, формирование потребности в осознанном и активном участии самого человека в совершенствовании, укреплении и повышении физиологических резервных возможностей организма и, следовательно, качества своей жизни.

К сожалению, большинство российских граждан не относят понятие «здоровье» к категории социального престижа. Здоровье в России не является общественной и персональной ценностью. Россияне не склонны думать о здоровье, как о собственном ресурсе и капитале, не склонны заботиться о своём здоровье.



***Общественное здоровье – одно из направлений деятельности общества по охране здоровья населения на групповом и популяционном уровнях, оцениваемое по совокупности медико-демографических, санитарно-статистических и социально-психологических показателей.***

Это сочетание знаний, навыков и умений, направленных на сохранение здоровья людей с помощью коллективных социальных действий.

Мероприятия по охране общественного здоровья динамически меняются под влиянием меняющихся технологий и социальных ценностей.

***Общественное здоровье характеризуется рядом функций:***

1. Физическая жизнеспособность населения как главная функция общественного здоровья, без которой невозможно выполнение любых остальных общественных функций.

2. Биологическое продолжение рода, обеспечение воспроизводства полноценного потомства.

3. Гармоничное психическое состояние населения.

4. Способность к достаточной трудовой активности.

Ключевой для медицинских работников должна стать идея зависимости общественного здоровья от индивидуального здорового образа жизни граждан, а для гражданина – идея формирования индивидуального здорового образа жизни для полноценной жизни.

Социальная значимость здоровья неоднократно подчеркивалась ВОЗ.

***Для оценки здоровья населения ВОЗ рекомендует учитывать следующие показатели:***

- Отчисление валового национального продукта на здравоохранение.
- Доступность первичной медико-социальной помощи.
- Охват населения медицинской помощью.
- Уровень иммунизации населения.
- Степень обследования беременных квалифицированным медицинским персоналом.
- Состояние питания детей.

- Уровень детской смертности.
- Средняя продолжительность предстоящей жизни.
- Гигиеническая грамотность населения.

### **Контрольные вопросы и задания:**

1. Определение понятия «здоровье», данное Всемирной организацией здравоохранения?
2. Определение понятия «общественное здоровье»?
3. Функции общественного здоровья?
4. Какие факторы, определяют уровень общественного здоровья?
5. Какие показатели оценки здоровья населения, характеризующие социальную значимость здоровья, рекомендует учитывать ВОЗ?

## **ГЛАВА 2. РИСКИ ЗДОРОВЬЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

### **2.1. Эпидемиологический подход в профилактической медицине и в формировании здорового образа жизни**

Важную роль в профилактической медицине и в формировании здорового образа жизни граждан играет характер эпидемиологической ситуации.

Понятие «эпидемиология» образуется взаимодействием трех слов: «эпи» – над, «демос» – народ, «логос» – знание.

*Эпидемиология – наука, изучающая закономерности возникновения и распространения заболеваний различной этиологии с целью разработки профилактических мероприятий.*

#### Задачи эпидемиологии:

1. Определение медицинской и социально-экономической значимости болезни, ее места в структуре заболеваемости населения.

2. Изучение закономерностей распространения болезни во времени( по годам, месяцам и пр.), по территориям, среди различных групп населения (возрастных, гендерных, профессиональных и пр.).

3. Выявление причин и условий, определяющих наблюдаемый характер распространения болезни.

4. Разработка рекомендаций по оптимизации профилактики.

5. Разработка прогноза распространения изучаемой болезни.

Ключевым понятием эпидемиологии является «эпидемия».

***Под эпидемией понимается значительное увеличение заболеваемости или смертности, вызванное действием контагиозного фактора, передающегося от человека к человеку.***

Контагиозными возбудителями могут выступать инфекционные агенты (бактерии, вирусы) и неинфекционные явления (информационные, эмоциональные), способствующие заражению. В зависимости от скорости распространения различаются эпидемии быстрые (грипп, психоз и др.) и медленные (лепра и др.).

***Для массового заражения требуется эпидемическая триада:***

- агент, обладающий инвазивными свойствами (инфекционный, неинфекционный),
- средство доставки возбудителя (среда, переносчик),
- воспринимающий субъект (реципиент).

Каждый элемент триады влияет на течение эпидемического процесса. Отсутствие или блокада любого из них разрывает цепную реакцию и делает невозможным распространение болезни. Поэтому управлять эпидемиями (инфекционными и неинфекционными) можно с помощью любого из перечисленных рычагов: устраняя источник или возбудителя, затрудняя его передачу, делая реципиента невосприимчивым.

В 40-х годах XX века стало формироваться **новое направление в** эпидемиологии, предметом которого стали эпидемии неинфекционных заболеваний.

*Эпидемиология неинфекционных заболеваний – система знаний о причинах, условиях возникновения и распространения неинфекционной заболеваемости среди населения для разработки и применения профилактических мероприятий.*

## **2.2. Факторы риска здоровья**

### **2.2.1. Определение, принципы систематизации и классификации факторов риска здоровья**

С понятием «здоровье» тесно связано понятие «факторы риска здоровья».

*Факторы риска – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.*

Характерной особенностью здравоохранения развитых стран мира является высокий уровень профилактической активности в борьбе с опасными для жизни неинфекционными заболеваниями. Главной целью формирования здорового образа является, в конечном счёте, предупреждение преждевременной смертности.

Формирование у населения ответственного отношения к своему здоровью, ведение здорового образа жизни, коррекция и регулярный контроль поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях – важнейшие направления государственной политики Российской Федерации в области охраны здоровья.

Неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, болезни органов дыхания и сахарный диабет) являются причиной более 80% всех смертей населения Российской Федерации, при этом 56% всех смертей обусловлены сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В основе развития неинфекционных заболеваний лежит группа факторов риска, связанных с нездоровым образом жизни (курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем).

Всемирной организацией здравоохранения определены *семь ведущих факторов риска*, вносящих основной вклад в преждевременную смертность населения, среди которых:

- повышенное артериальное давление,
- гиперхолестеринемия,
- курение,
- несбалансированное питание, недостаточное употребление фруктов и овощей,
- ожирение,
- злоупотребление алкоголем,
- низкая физическая активность.

Факторы риска могут накапливаться у индивидуумов и взаимодействовать друг с другом, создавая множественный эффект: наличие нескольких факторов риска у одного человека повышает риск его смерти от болезней системы кровообращения в 5-7 раз.

На опыте многих стран мира (Финляндия, США, Великобритания, Новая Зеландия и др.) доказано, что модификация образа жизни и снижение уровня факторов риска могут замедлить развитие болезней системы кровообращения как до, так и после появления клинических симптомов.

### **2.2.2. Оценка факторов риска неинфекционных заболеваний**

В настоящее время доказано, что широкое распространение неинфекционных заболеваний, в основном, обусловлено особенностями образа жизни и, связанными с ним, факторами риска.

Выделяют две группы факторов риска:

– *модифицируемые факторы риска* – коррекция факторов позволяет снизить риск развития неинфекционных заболеваний и их осложнений;

– *немодифицируемые факторы* риска (возраст, пол, генетическая предрасположенность), используемые для стратификации риска.

***Критерии оценки основных факторов риска:***

- высокая распространенность в большинстве популяций,
- достоверный независимый вклад в риск развития неинфекционных заболеваний,
- снижение риска развития неинфекционных заболеваний при контроле этих факторов.

Изменение образа жизни и снижение уровней факторов риска может предупредить или замедлить развитие заболевания.

ВОЗ выделяет три основные профилактические стратегии снижения смертности от неинфекционных заболеваний:

***I. Популяционная стратегия профилактики,*** предполагающая формирование здорового образа жизни населения посредством информирования о факторах риска неинфекционных заболеваний, мотивации граждан и обеспечение соответствующих условий для ведения здорового образа жизни на основе объединенных усилий органов законодательной и исполнительной власти, различных ведомств, общественных структур и организаций.

***II. Профилактическая стратегия выявления лиц высокого риска и коррекции у них факторов риска неинфекционных заболеваний*** осуществляется главным образом на индивидуальном и групповом уровнях в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной помощи и санаторно-курортного лечения. Для реализации этой стратегии требуется наличие инфраструктуры системы медицинской профилактики. Важнейшими инструментами стратегии высокого риска являются диспансеризация и профилактические осмотры населения.

***III. Профилактическая стратегия вторичной профилактики*** включает лечебные мероприятия в период обострения заболеваний у лиц,

имеющих доказанные неинфекционные заболевания, превентивные меры по предупреждению рецидивов заболеваний.

Реализация профилактических мер требует больших финансовых вложений. При этом необходимо учитывать, что инвестиции в здоровье населения не обязательно должны приводить к прямой экономии денежных средств. Инвестиционные программы должны быть экономически целесообразны с позиции оценки затрат на единицу получаемого эффекта, оцениваемому, как правило, с помощью показателя «сохраненный год жизни».

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, определение и оценка в каждой стране наиболее существенных факторов риска неинфекционных заболеваний, их целенаправленная коррекция, а также контроль их динамики являются основой системы **факторной профилактики неинфекционных заболеваний**.

В крупном международном исследовании ((INTERHEART -исследование с участием 52 стран, включая Россию, 2004-2008 гг.) по изучению потенциальных факторов риска, ассоциируемых с развитием инфаркта миокарда, была изучена роль потенциально модифицируемых факторов риска: курение, потребление алкоголя, нерациональное питание и низкое потребление овощей и фруктов, недостаточная физическая активность, ожирение, повышенное артериальное давление, повышенное содержание глюкозы в крови, повышенный уровень холестерина в крови, наличие тревожных психосоциальных факторов (табл. 1).

Таблица 1

**Потенциальные факторы риска развития инфаркта миокарда, общие для основных неинфекционных заболеваний**

<b>факторы риска</b>	<b>сердечно-сосудистые заболевания</b>	<b>сахарный диабет</b>	<b>онкологические заболевания</b>	<b>bronхолегочные заболевания</b>
Курение	+	+	+	+
Потребление алкоголя	+		+	
Нерациональное питание	+	+	+	+
Недостаточная физической активности	+	+	+	+

Ожирение	+	+	+	+
Повышенное АД	+	+		
Повышенное содержание глюкозы в крови	+	+	+	
Повышенный уровень холестерина в крови	+	+	+	
Наличие психосоциальных факторов	+	+	+	
<a href="http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/gaininghealth.The%20European%20strategy%20for%20the%20prevention%20and%20control%20of%20non-communicable%20diseases.2006">http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/gaininghealth.The European strategy for the prevention and control of non-communicable diseases.2006</a>				

Научно доказано, что ассоциации риска развития инфаркта миокарда с потенциальными модифицируемыми факторами риска, являются общими для всех географических регионов и этнических групп. Совокупное влияние потенциальных факторов риска обуславливают 90% случаев развития инфаркта миокарда у мужчин и 94% – у женщин.

Этот факт позволяет предположить, что подходы к профилактике могут быть основаны на одних и тех же принципах по всему миру и могут иметь механизмы управления потенциальными факторами риска, позволяющие предотвратить преждевременное развитие инфаркта миокарда у людей всех возрастов, всех географических регионов и всех этнических групп.

Важнейшими факторами риска преждевременной смертности населения являются высокое артериальное давление (13% от общего числа случаев смерти в мире), курение (9%), высокий уровень содержания глюкозы в крови (6%), низкая физическая активность (6%), избыточная масса тела и ожирение (5%) от общего числа случаев смерти в мире.

Модифицируемые факторы риска, потенциально опасные для развития сердечно-сосудистых заболеваний, имеют широкое распространение в России

По данным исследований ГНИЦ профилактической медицины, распространенность фактора риска «артериальная гипертензия» составляет 40,8%. Около 40% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний в отечественной популяции обусловлена повышенным артериальным давлением.

Кроме того, в России отмечается значительная распространенность курения среди мужского населения (63,1%) по сравнению со странами



Европейского региона, где этот показатель составляет 42%. Доля курящих женщин в России значительно меньше – 9,1% (страны Европейского региона – 28%). Данные исследований отечественных ученых подтверждает факт негативного влияния курения на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

***Среди наиболее ожидаемых результатов реализации Глобальной стратегии в области профилактики неинфекционных заболеваний и укреплению здоровья граждан ВОЗ отмечает важность реализации к 2025 году 9 добровольных глобальных целей:***

- сокращение на 25% общей смертности от основных неинфекционных заболеваний;
- сокращение на 10% пагубного потребления алкоголя;
- сокращение на 10% распространенности недостаточной физической активности;
- сокращение на 30% среднего потребления населением соли/натрия;
- сокращение на 30% распространенности употребления табака среди лиц в возрасте от 15 лет и старше;
- сокращение на 25% распространенности случаев повышенного АД;
- увеличение на 30 % граждан с гипертонической болезнью, стабильно имеющих целевые значения уровня артериального давления;
- прекращение роста числа случаев диабета и ожирения;
- обеспечение, по крайней мере, для 50% лиц, имеющих соответствующие показания, надлежащей лекарственной терапии и консультирования врачами-специалистами для профилактики инфарктов и инсультов;
- достижение как в частных, так и в государственных учреждениях здравоохранения 80% уровня наличия базовых технологий и основных лекарственных средств, необходимых для лечения основных неинфекционных заболеваний.

### 2.3. Подходы к управлению факторами риска неинфекционных заболеваний

Можно условно выделить определенные *подходы к управлению факторами риска*:

*на социальном уровне* – уменьшению влияния факторов риска способствуют общественные мероприятия;

*на поведенческом уровне* – уменьшению влияния факторов риска способствует поведение каждого человека.

Разделение факторов риска на отдельные группы весьма условно, так как большинство факторов риска взаимосвязаны и при одновременном действии усиливают влияние друг друга, тем самым резко повышая риск развития заболевания. В практической деятельности врачам часто приходится сталкиваться с наличием нескольких факторов риска у пациентов. При этом необходимо учитывать суммарное влияние факторов риска на состояние здоровья пациента (*суммарный риск развития заболевания*).

Какие принципиальные особенности отличают превентивную медицину от клинической медицины? В большинстве случаев врач проводит лечение уже имеющихся заболеваний, выявленных в процессе осмотра и обследования.

***Предмет превентивной медицины – не выявление причин имеющегося заболевания, а выявление условий, ведущих к появлению причин развития заболевания.***

Врач собирает анамнез, чтобы выявить симптомы заболевания и поставить диагноз имеющегося заболевания.

Врач-превентолог собирает анамнез, анализирует реальные факторы риска и делает прогноз возможного развития заболевания.

Обеспокоенность мирового сообщества проблемами здоровья населения отчетливо проявилась в 60-е годы XX столетия, когда экономические рычаги управления здоровьем через систему здравоохранения оказались неэффективными. В начале XX века рост расходов на здравоохранение на 10% приводил к улучшению здоровья на 15%, в 1930-е гг. аналогичное увеличение

затрат улучшало здоровье на 8%, в 1950 гг. – на 5%, в конце 1960-х гг. – только на 3%. Именно в эти годы активно шло становление концепции факторов риска, согласно которой, здоровье зависит не только от здравоохранения и расходов на него, сколько от образа жизни с его совокупными индивидуально-поведенческими особенностями, а также от качества жизни, обусловленного природными и социальными условиями жизнедеятельности.

Обеспечение высокого уровня здоровья включает в себя не только борьбу с болезнями, но и решение различных экологических и социальных проблем. Во многих странах это положение стало научной основой первичной профилактики неинфекционных заболеваний.

С учетом степени влияния на состояние городского населения ВОЗ условно выделяет и определяет долю влияния четырех групп факторов риска здоровья (табл. 2):

Таблица 2

**Группы факторов риска здоровья городского населения**  
**Groups of risk factors of health of urban population**

	Группы факторов риска здоровья	Доля влияния
1.	<b>Образ жизни</b> (условия жизни, режим труда, быта, отдыха, питание, физическая культура, вредные привычки, микроклимат в семье, коллективе и пр.)	50%
2.	<b>Окружающая природная среда</b> (природно-климатические условия, повышенное магнитное излучения, резкие смены атмосферных явлений, загрязнение атмосферного воздуха, водоемов, почвы и пр.)	25%.
3.	<b>Наследственность</b>	15%
4.	<b>Медицина и здравоохранение</b> (качество и своевременность оказания медицинской помощи населению.)	10%.

Функциональная зависимость здоровья от вышеперечисленных факторов не может быть жестко детерминированной. Вклад того или иного воздействия во многом определяется конкретной ситуацией и, в основном, распространяется

на городские условия жизни. Нужен более детальный анализ конкретных факторов риска для выбора наиболее действенных мер профилактики.

Факторы риска могут быть **первичными**, зависящими от социально-экономических, политических, биотических, абиотических, антропогенных условий и **вторичными**, зависящими от патологических состояний, способствующих возникновению и развитию заболеваний.

**При изучении общественного здоровья первичные и вторичные факторы, его определяющие, принято условно объединять в группы:**

1. Социально-экономические (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и др.)

2. Социально – биологические (возраст родителей, пол, течение антенатального периода, наследственность, наличие преморбитных состояний, хронических заболеваний и др.)

3. Экологические и природно-климатические (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, уровень радиации и др.).

4. Организационные или медицинские (доступность, уровень, качество медицинской помощи)

Среди наиболее значимых **первичных факторов риска** – неблагоприятные условия окружающей среды, нерациональное питание, адинамия и гиподинамия, стрессовые состояния, табакокурение, алкоголизм, токсикомании, наркомании, низкое качество медико-санитарной помощи и др. Среди наиболее значимых **вторичных факторов** – наследственные, дегенеративные и хронические заболевания.

Сложность и многообразие такого социального явления как общественное здоровье, влияние на него множества факторов риска не позволяют однозначно ответить на вопрос, о том какие же факторы являются определяющими в существенном влиянии на здоровье в тех или иных условиях жизнедеятельности индивидов или больших групп населения. Многие программы исследований направлены на разработку индексов состояния здоровья, позволяющих их использовать в качестве критериев

эффективности оценки деятельности и развития системы здравоохранения. Во многих исследованиях используются методы математического моделирования оценки здоровья населения.

Проблема необходимости углубления знаний в области разработки правовых и социально-экономических подходов к профилактике заболеваний, планирования социальной политики в этой области на основе разработки эффективных методов получения уточненных индексов популяционного здоровья становится все более очевидной.

#### **2.4. Стратегия по обеспечения медицинской помощи населению России по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний**

30 сентября 2013 г. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 677 утверждена информационно-коммуникационная стратегия по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года.

Стратегия определяет основные направления обеспечения медицинской помощи населению по коррекции факторов риска развития заболеваний; приоритетные направления реализации информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни у населения Российской Федерации.

##### ***Принятая стратегия направлена на решение проблем:***

- высокой распространенности основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди населения Российской Федерации;
- низкого уровня информированности населения Российской Федерации об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний;
- недостаточной мотивации населения Российской Федерации к ведению здорового образа жизни;

- низкой доступности медицинской помощи по диагностике и коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

**Цель стратегии:** снижение заболеваемости и смертности населения Российской Федерации за счет снижения распространенности основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни у населения.

**Задачи стратегии:**

Задача 1. Информирование населения Российской Федерации об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний, возможностях для их диагностики и коррекции.

Задача 2. Обеспечение доступности медицинской помощи по диагностике и коррекции основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Задача 3. Снижение потребления алкоголя и табака среди населения Российской Федерации.

Задача 4. Предупреждение и снижение уровня немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Задача 5. Повышение уровня физической активности, приверженности рациональному питанию, снижение уровня психоэмоциональной нагрузки у населения Российской Федерации.

**Этапы реализации стратегии:**

*I этап (2014-2015 годы):* реализация комплексных мероприятий по информированию населения об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний, воспитанию приверженности к здоровому образу жизни и обеспечению медицинской помощи по диагностике и коррекции факторов риска

*II этап (2015-2020 годы):* обеспечение дальнейшего снижения заболеваемости и смертности населения Российской Федерации за счет разработки и внедрения новых специальных технологий мотивации населения к

ведению здорового образа жизни, в том числе направленных на отдельные половозрастные и социальные группы населения

***Ожидаемые результаты реализации стратегии:***

- повышение информированности населения Российской Федерации об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний, возможностях их диагностики и коррекции; формирование и эффективное функционирование сети медицинских организаций (и их подразделений), оказывающих первичную медико-санитарную помощь по диагностике и коррекции основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у населения Российской Федерации;
- снижение уровня потребления алкоголя и распространенности потребления табака, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, распространенности других факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди населения Российской Федерации;
- снижение показателей заболеваемости и смертности населения.

Центральным элементом информационно-коммуникационной компании является мультимедийный интернет-портал о здоровом образе жизни. Данный портал предоставляет пользователям большой объем регулярно пополняемой информации о факторах риска и различных аспектах здорового образа жизни, включающий интерактивные сервисы, тестовые и оценочные системы, социальную сеть, возможность получения online-консультаций экспертов сферы здравоохранения и пр. В программах федеральных телеканалов передачи, пропагандирующие отказ от потребления табака, употребления наркотиков, рациональное (здоровое) питание, повышение физической активности, приобрели регулярный характер.

С 2009 года в стране началось формирование центров здоровья, которые стали принципиально новой структурой в системе профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

***Основными функциями центров здоровья являются:***

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни, профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.), формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких, профилактика потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек.

Важнейшим условием эффективности мер по формированию здорового образа жизни населения является *наличие функционально взаимосвязанной системы по диагностике и коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях*. В основе этой системы должна быть полноценная инфраструктура, включающая в себя центры медицинской профилактики, центры здоровья, отделения (кабинеты) медицинской профилактики, кабинеты медицинской помощи по отказу от курения, отделений (кабинетов) «Телефон доверия».

Здоровый образ жизни предполагает отказ от потребления табака и наркотиков, злоупотребления алкоголем, а также рациональное питание и наличие достаточного уровня физической активности, предотвращение развития суицидоопасного поведения. Меры по укреплению здоровья поддерживаются Всемирной организацией здравоохранения.

Чрезвычайно высокий уровень ***распространенности курения***<sup>1</sup> как среди взрослого населения, так и среди детей и подростков в настоящее время является одним из ведущих факторов риска сердечно-сосудистых осложнений,

---

<sup>1</sup> Roadmap to enhance implementation measures The who framework Convention on tobacco control in the European region in 2015-2025: leave tobacco in the past. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/10;<http://www.euro.who.int/ru/>.)



а также фактором провокации и ускорения развития атеросклероза и артериальной гипертонии. Кроме того, продолжение потребления табака лицами, имеющими доказанные неинфекционные заболевания, существенно снижает эффективность их лечения. Люди, имеющие доказанные хронические неинфекционные заболевания, получающие по этому поводу медикаментозное, интервенционное или хирургическое лечение и продолжающие вести нездоровый образ жизни, существенно снижают эффективность лечения и таким образом активно препятствуют сохранению продолжительной и качественной жизни и увеличивают количество дней временной нетрудоспособности. Следствием этого является возрастание дополнительной нагрузки на экономику страны как за счет недополучения продуктов труда, так и за счет дополнительных расходов государства и граждан на лечение.

**Вклад алкоголя<sup>2</sup>** в уровень смертности в России в последние десятилетия традиционно был аномально высок. Статистически значимые данные корреляции с динамикой индикаторов потребления алкоголя (смертность от алкогольных отравлений, заболеваемость алкогольными психозами) демонстрируют рост показателей смертности от внешних причин (убийства, самоубийства, несчастные случаи), ишемической болезни сердца, алкогольной кардиомиопатии, геморрагического инсульта, цирроза печени и др.

По данным Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, в Российской Федерации насчитывается около 5

миллионов человек, **употребляющих наркотики<sup>3</sup>** с различной частотой и регулярностью. Употребление наркотических веществ является непосредственной причиной смерти порядка 100 тыс. человек ежегодно, при этом в абсолютном большинстве это молодые люди не старше 35 лет.

Начало злоупотребления алкоголем, наркотическими средствами и

---

<sup>2</sup> European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2013 (<http://www.euro.who.int/ru>).

<sup>3</sup> The European action plan on capacity building and public health services. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (EUR/RC62/12 Rev.1; <http://www.euro.who.int/ru>).

психотропными веществами имеет примерно такие же причины, что и потребление табака. Начало злоупотребления алкоголем в среднем и пожилом возрасте в значительной степени обусловлено образом жизни окружающих, уровнем социально-экономического благополучия семьи, психологической обстановкой в семье и на работе, а также отягощенной наследственностью.

В связи с вышеизложенным, необходимо формировать у населения наркологическую грамотность за счет информирования о всех возможных негативных медицинских и социальных последствиях потребления табака, а также злоупотребления алкоголем и наркотиками. Кроме того, должна быть создана система доступной и эффективной психолого-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи по отказу от курения, по лечению табачной, алкогольной и наркотической зависимости.

Особое внимание должно уделяться созданию у населения, в том числе у детей и подростков, культуры *рационального питания*<sup>4</sup>, способствующей сохранению нормальной массы тела, нормального уровня артериального давления, а также нормальной концентрации в крови холестерина и глюкозы. Рациональное и сбалансированное питание предполагает в первую очередь соответствие количества и состава потребляемой пищи реальным энерготратам человека. Кроме того, важно, чтобы суточный рацион человека включал не менее 5 порций фруктов и овощей без учета картофеля. Количество соли, содержащейся в пище и используемой для приготовленной пищи, не должно превышать 8 г в сутки. В потребляемой пище должно быть максимально ограничено количество жиров животного происхождения. И, наконец, также максимально должно быть ограничено потребление трансизомеров жирных кислот.

*Развитие избыточной массы тела и ожирения*, в том числе наиболее неблагоприятной его формы – абдоминального ожирения, обусловлено сочетанием двух основных факторов – нерационального питания и

---

<sup>4</sup> Plan of action for food and nutrition policy for 2015-2020, Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (EUR/RC64/14; (<http://www.euro.who.int/ru>)).

недостаточного уровня физической активности. В детском и подростковом возрасте, а также среди молодежи примерно до 25 лет основной причиной избыточной массы тела является употребление в пищу большого количества высококалорийных продуктов и сладких напитков на фоне дефицита физической активности. Среди лиц среднего и более старшего возраста основной причиной является сохранение привычного для молодых пищевого поведения, предполагающего, как правило, употребление большого количества пищи и, как следствие, формирование жировых отложений.

Нормальный уровень *физической активности*<sup>5</sup>, препятствующий развитию ожирения и артериальной гипертензии, предполагает совершение человеком порядка 10 тысяч шагов в день. Низкая физическая активность главным образом присуща жителям городов. У детей, подростков и молодежи ее основными причинами являются длительное проведение времени за компьютером и снижением популярности подвижных игр, а также занятий физической культурой и спортом. В среднем и пожилом возрасте основными причинами являются пользование личными автомобилями, общественным транспортом при перемещении на небольшие расстояния и отсутствие необходимости в физическом труде при ведении домашнего хозяйства.

Выделяют три группы психосоциальных факторов, которые не только обостряют и утяжеляют течение хронических неинфекционных заболеваний, но и способствуют их развитию.

**Первая группа факторов:** низкий социальный и экономический статус, социальная изоляция и отсутствие социальной поддержки, низкий уровень образования, наличие тяжелых заболеваний и инвалидности, недостаточный уровень экономического развития региона, низкая эффективность работы социальных служб.

**Вторая группа факторов:** депрессия, тревожность, агрессивное поведение, склонность к негативизму и социальной самоизоляции. Они

---

<sup>5</sup> Strategy for physical activity in the who European region. 2016-2025; Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/9; <http://www.euro.who.int/ru>).

определяются, главным образом, спецификой типа личности и могут значительно актуализироваться на фоне хронических заболеваний и с возрастом.

**Третья группа факторов:** неумение правильно организовывать свой режим труда и отдыха, неумение выстраивать взаимоотношения в семье, управлять своим поведением, что является причинами развития стресса на работе и в семье.

Для профилактики и коррекции психосоциальных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний необходимо использовать **комплекс стратегических мероприятий, включающих:**

*Задача 1. Информирование населения Российской Федерации об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний, возможностях для их диагностики и коррекции.*

Для решения этой задачи предусматривается осуществление пропаганды здорового образа жизни на популяционном уровне:

- через федеральное и региональное телевидение;
- через сеть Интернет;
- через печатную продукцию и средства радиовещания, особенно коротковолнового диапазона;
- через средства наружной рекламы;
- посредством проведения информационно-образовательных кампаний, направленных на формирование здорового образа жизни;
- посредством обучения граждан основам здорового образа жизни в школах здоровья (школах пациента);
- через элементы культурно-развлекательной жизни населения (произведения искусства, концерты, общественные мероприятия и др.);
- через научную и познавательную литературу (учебники, учебные пособия и др.);
- посредством активной реализации мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения;

– посредством разработки и внедрения методических рекомендаций по профилактике хронических неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни у населения для различных категорий медицинских работников;

– через расширение участия молодежных, общественных, религиозных организаций и профессиональных сообществ в информировании населения о пагубном влиянии на здоровье курения, потребления алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ.

*Задача 2. Обеспечение доступности медицинской помощи по диагностике и коррекции основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.*

Для решения этой задачи предусматривается:

– развитие сети центров медицинской профилактики, отделений (кабинетов) медицинской профилактики;

– развитие сети и активизация деятельности центров здоровья, в том числе с выездными формами работы;

– развитие сети кабинетов медицинской помощи по отказу от курения;

– развитие сети отделений (кабинетов) "Телефон доверия";

– обучение медицинских работников методам и средствам медицинской профилактики и выявления ранних признаков хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития.

*Задача 3. Снижение потребления алкоголя и табака среди населения Российской Федерации.*

Для решения этой задачи предусматривается:

– обучение медицинских работников методике оказания медицинской помощи по отказу от курения;

– проведение информационных компаний и массовых акций в целях мотивирования населения к отказу от курения;

– проведение информационных компаний и массовых акций в целях мотивирования населения к отказу от потребления алкоголя.

*Задача 4. Предупреждение и снижение уровня немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.*

Для решения этой задачи предусматривается:

- организация и методическое сопровождение профилактической работы с целевыми группами;

- подготовка специалистов, в том числе психиатров-наркологов, медицинских психологов, социальных работников по работе с контингентами лиц, от случая к случаю употребляющих наркотические средства или демонстрирующих признаки наркологической зависимости, а также с группами риска;

- организация раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

*Задача 5. Повышение уровня физической активности, приверженности рациональному питанию, снижение уровня психоэмоциональной нагрузки у населения Российской Федерации.*

Для решения этой задачи предусматривается:

- проведение информационных компаний и массовых акций по повышению физической активности у населения;

- проведение информационных компаний и массовых акций по приобщению населения к рациональному питанию;

- проведение информационных компаний, направленных на снижение потребления населением соли;

- проведение информационных компаний, направленных на повышение потребления населением фруктов и овощей;

- проведение работы на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях по снижению уровня психоэмоциональной нагрузки у населения.

## **Контрольные вопросы и задания:**

1. Что изучает наука эпидемиология?
2. Основные задачи эпидемиологии?
3. Что включает в себя эпидемическая триада?
4. Дайте определение понятию " факторы риска"
5. Что изучает эпидемиология неинфекционных заболеваний?
6. Ведущие факторы риска, вносящих основной вклад в преждевременную смертность населения, по мнению Всемирной организации здравоохранения?
7. Влияние факторов риска на здоровье городского населения?
8. Основные функции центров здоровья?
9. Группы психосоциальных факторов, способствующие развитию хронических неинфекционных заболеваний?

## **ГЛАВА 3. ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ**

### **3.1. Здоровый образ жизни как основа образа жизни**

*Образ жизни (modus vivendi) – типичные для конкретно-исторических социально-экономических отношений способ и формы индивидуальной и коллективной жизнедеятельности человека, характеризующие особенности его поведения, общения, склада мышления.*

Основными параметрами образа жизни являются общественно-политическая, трудовая, культурная деятельность людей, интеллектуальная и физическая активность, быт, различные поведенческие привычки и проявления.

Ю.П.Лисицын рассматривал образ жизни как категорию, отражающую наиболее общие и типичные способы материальной и духовной жизнедеятельности людей в единении с природными и социальными условиями, в качестве устоявшейся формы бытия человека в мире, находящей своё выражение в его деятельности, интересах, убеждениях.

В настоящее время, **образ жизни** рассматривается как категория, включающая индивидуальные формы поведения, активности, реализации своих

возможностей в трудовой деятельности, повседневной жизни и культурных привычках, свойственных тому или иному социально-экономическому укладу.

Составляющими образа жизни являются:

- трудовая активность человека;
- общение и бытовые взаимоотношения;
- социальная, психоэмоциональная, интеллектуальная и двигательная активность;
- деятельность, направленная на преобразование природы, общества и самого себя;
- способы удовлетворения материальных и духовных потребностей;
- участие людей в общественно-политической деятельности;
- деятельность на уровне теоретического, эмпирического, практико-ориентированного познания;
- медико-педагогическая деятельность, направленная на физическое и духовное развитие человека;
- поведенческие привычки, режим, ритм и темп жизни, особенности трудовой деятельности и отдыха.

Образ жизни человека является ключевым фактором, определяющим его здоровье.

***Здоровый образ жизни – благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, поведенческих и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развития нарушений здоровья, поддерживать оптимальное качество жизни.***

На современном этапе гигиеническое обучение и воспитание населения тесно связаны с формированием здорового образа жизни.

Для управления резервом здоровья необходимо знать факторы, влияющие на здоровье, владеть методами их эффективной коррекции.

Среди факторов, формирующих образ жизни выделяют: условия среды обитания, фенотипические особенности человека, характер поведения, условия жизни.



Ю.П. Лисицын (2010) обозначил здоровый образ жизни, как «определенный, исторически обусловленный, способ жизнедеятельности в материальной и духовной сферах жизни людей, направленный на сохранение и улучшение здоровья».

***Здоровый образ жизни включает:***

- отсутствие вредных привычек (злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, табакокурение и пр.);
- полноценное и сбалансированное питание, обеспечивающее физиологические потребности человека и профилактику развития ожирения, артериальной гипертензии, атеросклероза, сахарного диабета, остеопороза и пр.;
- достаточный уровень физической активности, включая физическую культуру и спорт с учетом возрастных и физиологических особенностей, соблюдение рационального режима труда и отдыха;
- владение навыками психологической стрессоустойчивости, конструктивного общения и саморазвития;
- регулярное прохождение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;
- соблюдение гигиенических навыков, санитарно-эпидемиологических требований;
- состояние окружающей среды.

По данным социологических опросов, большинство российских граждан (60%) следят за своим здоровьем. Чаще всего, преобладают пассивные практики поддержания здоровья: пребывание на свежем воздухе (53%), стремление не переедать (26%), прием витаминов (20%); занятия физической культурой и спортом в оздоровительных целях (16%), закаливание (7%).

Каждый пятый взрослый житель страны вообще не делает никаких усилий для сохранения своего здоровья. При этом основными препятствиями, мешающими вести здоровый образ жизни, являются нехватка свободного времени, недостаток мотивации.

В соответствии с Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» *реализация мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации осуществляется по следующим направлениям:*

- Создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий населения о влиянии и возможностях снижения всех негативных факторов на здоровье;
- Санитарно-гигиеническое воспитание;
- Снижение распространенности курения и потребления табачных изделий, снижение потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств;
- Привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

### **3.2. Качество жизни**

*Качество жизни – категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации.*

Изучение научных аспектов качества жизни началось с 1947 года американским врачом D.Karnofsky. Проблема сохраняет свою актуальность и в настоящее время. В 1995 году во Франции организован специальный центр по изучению проблем качества жизни – Институт MAPI. Основной задачей института является поддержка и продвижение сотрудничества в области исследовательских инициатив по изучению качества жизни, включая учебные заведения, фармакологические компании, отдельных авторитетных ученых, ВОЗ и другие международные организации. В центре собирается и хранится информация по исследованиям в области качества жизни с использованием мировых информационных сетей как MEDLINE, EMBASE, INTERNET, что обеспечивает изучение имеющегося опыта и полученных данных научных исследований.

Всемирная организация здравоохранения (1999) предложила рассматривать качество жизни как оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.), как предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации. В дальнейшем это определение несколько изменилось: ***качество жизни – это интегральная оценка индивидуумом своего положения в жизни общества, соотношения этого положения со своими целями и возможностями.***

Качество жизни отражает уровень комфортности человека в обществе. ВОЗ условно выделяет ***две составляющие качества жизни:***

- объективная, которая базируется на объективной, не зависящей от самого человека, стороне его жизни (природная, социальная среда),
- субъективная, которая создается самим человеком (общественная, трудовая, физическая, интеллектуальная активность, удовлетворенность условиями и образом жизни).

В настоящее время для оценки уровня социально-экономического благополучия в обществе все чаще стали использовать понятие ***«качество жизни, связанное со здоровьем»*** в виде ***интегральной характеристики физического, психологического и социального состояния пациента, основанной на его субъективном восприятии действительности.***

Исследования качества жизни, связанного со здоровьем, позволяют изучить влияние заболевания и результатов его лечения на показатели качества жизни человека в целом.

Основным методом оценки качества жизни – является социологический опрос населения. Он может проводиться в виде анкетирования. Основными требованиями к социологическим исследованиям являются простота применения и доступность понимания вопросов. ВОЗ рекомендует учитывать определенные критерии оценки качества жизни и их составляющие ( таблица 2).

**Критерии качества жизни и их составляющие**  
**Criteria of quality of life and their components**

Физические	Сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых
Психологические	Положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания
Уровень самостоятельности	Повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Общественная жизнь	Личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность
Окружающая среда	Благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология
Духовность	Религия, личные убеждения
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Нью-Йорк: Генеральная ассамблея ООН. 2014. <a href="http://www.un.org/en/ga/search/view.doc.asp.symbol.A/RES/68/300&amp;referer./English/&amp;Lang.R">http://www.un.org/en/ga/search/view.doc.asp.symbol.A/RES/68/300&amp;referer./English/&amp;Lang.R</a>.</li> <li>○ World Health Organization. Geneva: World Economic Forum. 2011. <a href="http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/">http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/</a>.</li> <li>○ Determinants and the health divide in the Who European region. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2014. <a href="http://www.euro.who.int/ru/">http://www.euro.who.int/ru/</a>.</li> </ul>	

Стандартных норм качества жизни не существует. Для различных групп, регионов, стран можно определить свою норму, и в дальнейшем проводить сравнения с этим показателем, что позволяет выявить тенденции в изменении качества жизни определенных групп респондентов.

***Общие правила оценки качества жизни***

Очень важно, чтобы при оценке качества жизни не учитывались профессиональные оценки медицинских работников и членов семьи индивидуума. Не должна учитываться объективная оценка условий жизни или материального положения индивидуума.

Оценка качества жизни должна основываться на широком диапазоне критериев, а не только на одном, таком, например, как боль. В тех случаях, когда пациент испытывает боль, качество жизни оценивается путем выявления уровня влияния, которое оказывает боль на самостоятельность индивидуума, его психоэмоциональную сферу, общественную, духовную жизнь.

Должны приниматься во внимание не только негативные, но и позитивные аспекты жизни индивидуума.

### **3.3. Биосоциальные аспекты здоровья. Мотивация населения к здоровому образу жизни**

Эволюция включает биологическую и социальную доминанты развития. Биологические и социальные доминанты органически связаны друг с другом. Биологическая доминанта позволяет формировать и развивать знания и коллективный опыт в области сохранения и укрепления здоровья.

На современном этапе развития общества социальная доминанта является преобладающей, она формирует социальное поведение человека, позволяющее формировать отношения индивидуума и общества к здоровью.

Биосоциальные аспекты здоровья определяют поведение и его стереотипы у людей.

Например, врач-терапевт рекомендует пациенту изменить поведение. Человек может быть практически здоровым, но его поведенческие привычки являются факторами риска и могут привести к патологическим изменениям. В этой ситуации, врач должен рекомендовать пациенту избавиться от вредных привычек. Чаще всего, в процессе общения используется прием «угроза-обещание» на возникновение и прогрессирование заболевания, развитие осложнений, инвалидности, преждевременной смерти.

Установка врача обычно дает эффект на очень короткое время. Не случайно, в медицине часто используется термин «больной», отражающий объект лечения врача. Методы и способы лечения не ориентированы на изменение привычек человека, его установок и взглядов. Такой подход является традиционным в врачебной практике. Рекомендации по изменению поведения, сделанные в таком же контексте, воспринимаются пациентом как вежливый врачебный прием.

По мнению американских социальных психологов Ф.Дж. Зимбардо и М. Ляйппе существуют четыре препятствия, ограничивающих действие призывов к здоровому образу жизни:

- удовольствие, получаемое от некоторых нездоровых привычек;
- необоснованный оптимизм людей по отношению к собственному здоровью;
- скептическое отношение к сообщениям о здоровом образе жизни и здоровью.

Изменить сложившийся стереотип поведения, особенно у взрослого человека, весьма сложно.

Если врач-терапевт сказал пациенту: «Вам следует бросить курить» – это не значит, что пациент немедленно последует его рекомендации. Численность людей, знающих о наличии у них артериальной гипертонии составляет среди мужчин – 39%, среди женщин – 49%. Численность пациентов, добившихся стабилизации давления, составляет 5,8 и 13,7% соответственно.

Знание населения о лидирующем положении сердечно - сосудистых заболеваний среди причин смертности не сопровождается активными действиями.

К сожалению, большинство российских людей не относят понятие «здоровье» к категории социального престижа.

Задача врачей первичного звена здравоохранения - помочь формированию отношения пациентов к своему здоровью не как к абстрактной ценности, а как к рациональной категории, управляемой при помощи своего собственного поведения.

***В процессе убеждения психологи выделяют шесть основных этапов:***

1. Предъявление сообщения адресату (целевой группе). Если объект убеждения не увидит или не услышит сообщение, оно не окажет на него влияния.
2. Убеждаемый должен обратить внимание на сообщение, иначе цель сообщения не будет достигнута.

3. Понимание информации. Чтобы сообщение могло оказать влияние, убеждаемый должен, как минимум, понять его суть.

4. Принятие вывода, диктуемого сообщением. Чтобы установка изменилась, объект убеждающего воздействия должен принять продиктованный сообщением вывод.

5. Закрепление новой установки. Если новая установка забывается, сообщение теряет способность оказывать воздействие на будущее поведение объекта убеждения.

6. Перевод установки в поведение. Если целью сообщения было оказание влияния на поведение, то в релевантной ситуации поведением должна руководить новая установка.

На принятие решения по ведению здорового образа жизни и соблюдению рекомендаций врача, согласно теории убеждений, влияют два аргумента:

1. Уверенность в том, что некоторый фактор, о котором говорит врач, – действительно опасен для здоровья;
2. Уверенность в том, что усилия, направленные на изменение поведения, реально уменьшат угрозу развития заболевания.

***Процедура убеждения включает в себя четыре вида убеждающих воздействий:***

1. Информирование:

- Прежде чем действовать, человек должен быть проинформирован о том, что нужно сделать. При этом ему необходимо осознать, стоит ли это делать и сможет ли он это сделать.

- Следует проинформировать слушателя о ценности цели, о ее достижимости, а еще лучше и о средствах ее достижения.

2. Разъяснение:

Основные виды разъяснений:

- инструктивное разъяснение проводится тогда, когда от слушателя требуется запомнить, что и как надо сделать;

- повествующее разъяснение напоминает рассказ;

- рассуждающее разъяснение имеет целью активизировать мыслительную деятельность слушателя. Для усиления воздействия приводятся аргументы «за» и «против», ставятся вопросы перед собой и слушателем.

### 3. Доказательство:

- Строится на законах логики: законе тождества, законе противоречия и пр.

- При рассуждении-доказательстве следует постоянно учитывать необходимость удовлетворения потребностей человека.

### 4. Опровержение:

- Если взгляды расходятся, то, чтобы доказать свою правоту, необходимо попытаться опровергнуть точку зрения собеседника.

- Это наиболее сложный момент убеждения, поскольку люди с большим трудом меняют свои взгляды.

Вера в правомерность, приведенных врачом аргументов, заставляет изменить поведение.

## ***Формирование мотивации населения к здоровому образу жизни***

Большое значение в основе формирования здорового образа жизни занимают личностно-мотивационные качества пациента, его жизненные ориентиры. Никакие пожелания, приказы, наказания не могут заставить человека вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если человек сам не будет сознательно формировать собственный стиль здорового поведения. Для сохранения и восстановления утраченного здоровья человек должен совершать действия, для каждого действия нужен мотив. Совокупность мотивов составляет мотивацию.

***Мотивация – побуждение, вызывающее активность организма и определяющее направленность этой активности.***

Среди концептуальных теорий человеческих потребностей наибольшую известность получила теория американского психолога А. Маслоу (1908-1970).



Наиболее подробно его идеи изложены в книге «Мотивация и личность» (Motivation and Personality, 1954 г.).

Теорию потребностей А.Маслоу можно условно представить в виде иерархической модели потребностей человека.

В 50-х гг .А.Маслоу выделил 5 уровней потребностей, в более поздние годы классификация была уточнена и в настоящее время в ней выделяется семь основных уровней (приоритетов):

1. **(НИЗШИЙ)** Физиологические потребности.
2. Потребность в безопасности.
3. Потребность в принадлежности и любви.
4. Потребность в уважении: достижение успеха, одобрение, признание.
5. Познавательные потребности: знать, уметь, исследовать.
6. Эстетические потребности: гармония, порядок, красота.
7. **(ВЫСШИЙ)** Потребность в самоактуализации: реализация своих целей, способностей, развитие собственной личности.

**Какие же мотивации лежат в основе формирования здорового образа жизни?**

1. *Достижение максимально возможной комфортности и качества жизни.* Мотивация: «Я здоров, меня не беспокоит физическое или психологическое неудобство».

2. *Самосохранение.* Если человек знает, что какое-то действие угрожает жизни, он это действие не совершает. Мотивация: «Я не совершаю определенные действия, так как они угрожают моему здоровью и жизни».

3. *Подчинение этнокультурным требованиям общества.* Человек живет в обществе, которое на протяжении длительного времени формировало систему защиты от неблагоприятных факторов внешней среды. Например, жители Крайнего Севера едят сырую замороженную рыбу, так как она обеспечивает наиболее полноценное сбалансированное питание.

4. *Возможность для самосовершенствования* . Мотивация: «Если я буду здоров, я смогу подняться на более высокую ступень общественной лестницы, буду более уважаемым человеком в обществе.

5. *Получение удовольствия от познавательной деятельности и самосовершенствования*. Мотивация: « Ощущение здоровья приносит мне радость, поэтому я делаю все, чтобы испытать это чувство и быть здоровым».

6. *Способность к маневрам для личностного роста и самовыражения*. Мотивация: «Если я буду здоров, то смогу по своему усмотрению изменять свою роль в обществе». Здоровый человек может менять профессии, изучать другие области знаний.

Академик Н.М. Амосов определил: «Чтобы стать здоровым, нужны собственные усилия, постоянные и значительные».

***Здоровый образ жизни должен целенаправленно и постоянно формироваться в течение жизни человека, не зависеть от обстоятельств и жизненных ситуаций. В этом случае он будет являться рычагом первичной профилактики, укрепления и формирования здоровья, будет совершенствовать резервные возможности организма, обеспечивать успешное выполнение социальных и профессиональных функций, независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций.***

#### **Контрольные вопросы и задания:**

1. Определение понятия «образ жизни»?
2. Определение понятия «здоровый образ жизни»?
3. Составляющие образа жизни?
4. Составляющие здорового образа жизни?
5. Основные направления реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации в рамках Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»?

6. Основные составляющие качества жизни по оценке ВОЗ?
7. Основные критерии качества жизни по оценке ВОЗ?
8. Структура процедуры убеждения по отказу от вредных привычек?
9. Основные уровни человеческих потребностей, согласно концептуальной мотивационной теории А. Маслоу?
10. Какие основные мотивации лежат в основе формирования здорового образа жизни?

## **ГЛАВА 4. ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

### **4.1. Организационно-методические подходы к организации работы по медико-социальной профилактике и укреплению здоровья граждан**

Весь объем работы по медицинской профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни прикрепленного населения условно можно разделить на несколько групп:

– *организационные технологии* включают мероприятия по организации профилактических осмотров, диспансерных обследований, динамического наблюдения за пациентами, профилактические мероприятия и др.;

– *технологии выявления отклонений в состоянии здоровья, заболеваний, факторов риска и возможностей их коррекции* (скрининговые тесты, динамическое наблюдение групп риска, снижение риска развития заболеваний и их осложнений, коррекция негативного влияния факторов риска на состояние здоровья и др.);

– *информационные и информационно-мотивационные технологии профилактического консультирования.*

Широкое внедрение телемедицины на основе единой технологической и технической политики позволяет существенно повысить эффективность оказания первичной медико-санитарной помощи путем проведения удаленного скрининга групп пациентов с высоким риском развития заболеваний,

повышения качества диагностики социально значимых заболеваний на уровне первичного звена, повышения эффективности оказания скорой и неотложной медицинской помощи за счет использования технологий ГЛОНАСС, повышения доступности консультационных услуг медицинских экспертов для населения за счет использования телемедицинских консультаций.

***Информирование населения Российской Федерации об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний, возможностях их диагностики и коррекции***

Для решения этой задачи предусмотрено осуществление пропаганды здорового образа жизни на популяционном уровне:

- через федеральное и региональное телевидение;
- через сеть Интернет;
- через печатную продукцию и средства радиовещания, особенно коротковолнового диапазона;
- через средства наружной рекламы;
- посредством проведения информационно-образовательных компаний, направленных на формирование здорового образа жизни;
- посредством обучения граждан основам здорового образа жизни в школах здоровья (школах пациента);
- через элементы культурно-развлекательной жизни населения (произведения искусства, концерты, общественные мероприятия и др.);
- через научную и познавательную литературу (учебники, учебные пособия и др.);
- посредством активной реализации мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- через расширение участия молодежных, общественных, религиозных организаций и профессиональных сообществ в информировании населения о пагубном влиянии на здоровье курения, потребления алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ.

***Обеспечение доступности медицинской помощи по диагностике и коррекции основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний***

Для решения этой задачи предусмотрено:

- развитие сети центров медицинской профилактики, отделений (кабинетов) медицинской профилактики;
- развитие сети и активизация деятельности центров здоровья, в том числе с выездными формами работы;
- развитие сети кабинетов медицинской помощи по отказу от курения;
- развитие сети отделений (кабинетов) «Телефон доверия»;
- обучение медицинских работников методам и средствам медицинской профилактики и выявления ранних признаков хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития.

***Снижение потребления алкоголя и табака среди населения Российской Федерации***

Для решения этой задачи предусмотрено:

- обучение медицинских работников методике оказания медицинской помощи по отказу от курения;
- проведение информационных компаний и массовых акций в целях мотивирования населения к отказу от курения;
- проведение информационных компаний и массовых акций в целях мотивирования населения к отказу от потребления алкоголя.

***Предупреждение и снижение уровня немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ***

Для решения этой задачи предусмотрено:

- организация и методическое сопровождение профилактической работы с целевыми группами;
- подготовка специалистов, в том числе психиатров-наркологов,

медицинских психологов, социальных работников по работе с контингентами лиц, от случая к случаю употребляющих наркотические средства или демонстрирующих признаки наркологической зависимости, а также с группами риска;

- организация раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

***Повышение уровня физической активности, приверженности рациональному питанию, снижение уровня психоэмоциональной нагрузки у населения Российской Федерации.***

Для решения этой задачи предусмотрено:

- проведение информационных компаний и массовых акций по повышению физической активности у населения;
- проведение информационных компаний и массовых акций по приобщению населения к рациональному питанию;
- проведение информационных компаний, направленных на снижение потребления населением соли;
- проведение информационных компаний, направленных на повышение потребления населением фруктов и овощей;
- проведение работы на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях по снижению уровня психоэмоциональной нагрузки у населения.

***Профессиональное консультирование***

Особое место в проведении врачом профилактической работы с населением имеет профессиональное консультирование.

***Профилактическое консультирование – процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений, формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).***

Эффективность профессионального консультирования зависит не только от профессиональных знаний врача, но и его умения использовать в повседневной практике простые, но важные навыки:

- обучения взрослых (активные формы и методы обучения, современные информационные технологии);
- навыки коммуникационного общения;
- навыки формирования у пациентов мотивации к изменению поведенческих привычек.

***Современная модель профессионального консультирования предполагает:***

- принципиальное изменение подхода к участию пациента в лечебном процессе *«более активное привлечение пациента к принятию медицинского решения»*
- переход от модели *пассивного подчинения врачу и простого выполнения* пациентом врачебных инструкций к модели *сотрудничества и партнерства* врача и пациента

***Эффективность профилактического консультирования определяется тремя составляющими:***

1. *информирование пациента* об имеющихся у него факторах риска ХНИЗ, методах их самоконтроля, необходимости выполнения рекомендации по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания и других врачебных назначений

2. *мотивирование пациента* и побуждение к принятию с его стороны активных действий по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни и соблюдению других врачебных рекомендаций

3. *обучение пациента* практическим навыкам с использованием преимущественно не директивных советов (рекомендаций) и активных форм их обсуждения с пациентом, что важно при обучении взрослых

## 4.2. Подходы к обучению взрослых. Партнерство врача и пациента в формировании здорового образа жизни

Обучение взрослых требует выполнения определенных правил. Важно помнить, что медицинские знания и термины не всегда понятны пациентам. Большой объем информации труден для усвоения, поэтому изложение материала необходимо чередовать с обсуждением, дискуссиями, наглядными примерами. Информация должна излагаться с использованием активных методов обучения и сопровождаться демонстрационными материалами.

Обучение взрослых требует выполнения следующих условий:

- четкое объяснение цели каждого занятия с перечнем вопросов, которые предстоит обсудить;
- соблюдение принципа обратной связи, согласование со слушателями тематических вопросов, чередование лекционного материала с его обсуждением, коррекция ориентиров усвоения слушателями основных положений.

Советы врача по формированию здорового образа жизни более убедительны, если они сопровождаются положительными ассоциациями. Советы врача должны быть просты и понятны пациенту, они не должны сопровождаться трудновыполнимыми рекомендациями. Содержание бесед строится в зависимости от реакции пациента на предлагаемые рекомендации:

- при непонимании необходимости их выполнения- объяснять почему нужны те или иные изменения;
- при заинтересованности – помочь конкретизировать шаги, поддержать начинания;
- в начале изменений – поощрять, ободрять действия и достигнутые успехи, оценивать причины неудач.

Желательно сопровождать советы выдачей письменных рекомендаций, памяток, брошюр, рецептур рекомендуемых блюд, наглядных, понятных, красочных рисунков, схем, таблиц и др.



***Осознанное партнерство между врачом и пациентом – важнейший фактор, определяющий эффективность медицинской профилактики.***

Всемирная организация здравоохранения связывает успехи современного здравоохранения в значительной мере с тем, насколько успешно в борьбе за здоровье имеет сотрудничество врача и пациента. На смену традиционным патерналистским отношениям между ними приходят отношения партнёрства. Очевидно, что успех профилактической деятельности врача зависит от желания пациента следовать его рекомендациям и назначениям.

#### **4.3. Методы и средства медицинской профилактики и формирования здорового образа жизни. Школы здоровья**

***Санитарное просвещение. Индивидуальные и массовые методы и средства информирования населения***

Санитарное просвещение позволяет информировать население о санитарно-гигиенических требованиях. Выделяют устный, печатный и изобразительный методы санитарного просвещения.

##### ***Метод устной пропаганды – «живое слово»***

Метод живого слова позволяет быстро реагировать на актуальные проблемы, дифференцировать выступление в соответствии с возможностями, потребностями, интересами, составом тех или иных групп населения. Метод обеспечивает реализацию важного принципа – конкретности санитарного просвещения. Устная пропаганда, используемая в постоянных аудиториях – в кружках, на курсах, в «школах здоровья», позволяет вести квалифицированное, углубленное, плановое распространение медицинских знаний.

##### ***Лекция***

Важное место в устной пропаганде занимает лекция — основное средство популяризации научных знаний. Эпизодические лекции освещают отдельные темы. Циклы лекций сообщают населению значительный по объему круг знаний или разъясняют ряд взаимосвязанных тем.

Эффективно сочетание лекции с демонстрацией фото, кино, видеоматериала. Лекция не должна продолжаться более 25-30 минут.

Лекция позволяет с использованием научной аргументации изложить достаточно большой материал. Лекции (особенно циклы лекций) приучают слушателей логически мыслить, правильно излагать свои мысли, делать обоснованные выводы. Ценное свойство лекции и в том, что она предоставляет лектору возможность воздействовать на сознание и эмоциональную сферу слушателей, стимулируя их к осознанным действиям в интересах личного и общественного здоровья.

В то же время лекции присущи и недостатки. Она проводится в форме монолога, когда говорит один человек – лектор. Слушатели лишены возможности участвовать в проработке темы, проявлять свою активность, вставлять замечание. Это относительно пассивное средство пропаганды. Лекция может снизить восприятие, притупить внимание слушателя, если изложение недостаточно последовательно, изобилует длиннотами, невыразительно, скучно, непонятно.

К недостаткам лекции как средству пропаганды относится авторитарность даваемого материала, где слушателям приходится принимать информацию на веру. Выдвигаемые лектором положения, которые ему представляются очевидными, слушателю могут казаться иными.

Большое значение имеют ораторские и популяризаторские способности лектора. Решающее значение имеет опыт, владение методикой выступлений в массовых аудиториях, умение удачно отобрать содержание, логически его изложить, использовать приемы, повышающие интерес слушателей, умение говорить просто, ярко и убедительно.

### ***Беседа***

Основная положительная сторона беседы – ее активность. Каждый участник беседы ожидает, что именно к нему будет обращен вопрос, готовится к ответу, следит, как отвечает другой участник беседы, может спорить, задавать вопросы. Он активно, творчески участвует в переработке материала. Слабая

сторона этого средства работы в том, что в процессе беседы уходит много времени на ожидание ответов, их уточнение и пр.

### ***Дискуссия***

Дискуссия – активная проработка темы в группе, численностью не более 30-40 человек. Каждое выступление должно быть кратким – не более 5 минут. Руководитель дискуссии не «навязывает» аудитории свое мнение, но во вступлении и особенно при частных выводах направляет обсуждение в нужное русло, следит, чтобы выступающие не отклонялись от темы, четко формулирует выводы.

### ***Школы здоровья***

Одной из форм гигиенического обучения и воспитания являются школы здоровья. Групповой характер обсуждения проблем, интересующих больных, способствует созданию устойчивой мотивации к изменению образа жизни. Эмоционально яркая, живая форма занятий в виде групповой дискуссии, вопросов и ответов, актуальных для всех участников, приводит к закреплению установок.

Одним из наиболее распространенных направлений являются школы профилактики и лечения артериальной гипертензии.

*Задачи школы здоровья:*

а) формирование у больных адекватных представлений о причинах развития артериальной гипертензии,

б) повышение у больных мотивации следовать рекомендациям по поводу здорового образа жизни,

в) обучение больных навыкам, помогающим преодолеть стереотипы поведения.

Школа артериальной гипертензии предусматривает групповое обсуждение большинства проблем, актуальных для артериальной гипертензии, предоставление необходимой медицинской информации, советов и рекомендаций в определенной очередности обсуждаемых тем. Групповой характер занятий позволяет сберечь время, сократить трудозатраты, чем

выгодно отличается от низкой по экономичности индивидуальной медико-просветительской работы. Помимо большой экономичности, занятия в школе артериальной гипертензии намного более действенны, потому что здесь имеется систематичность в изложении знаний, а не просто беседа врача с больным. Методика проста в применении, не требует какого-либо оборудования, длительного специального обучения медицинского персонала.

Например, программа гигиенической информации по профилактике артериальной гипертонии может включать следующие вопросы:

1. Знакомство с пациентами.
2. Понятие артериальной гипертонии.

Классификация артериальной гипертонии (по уровню артериальной гипертензии по степени поражения органов-мишеней, по этиологии).

3. Осложнения артериальной гипертонии.
4. Гипертонические кризы. Факторы, способствующие их развитию.
5. Медикаментозное лечение артериальной гипертонии.
6. Факторы риска развития артериальной гипертонии и меры по их устранению.
7. Физические нагрузки при артериальной гипертонии
8. Не медикаментозные методы оздоровления

Для проведения занятий целесообразно создавать немногочисленные группы (до 10 человек), так как это позволит индивидуализировать подход к обучаемым, которые в такой ситуации чувствуют себя более раскованными.

Занятия проводятся 2-3 раза в неделю в любое удобное для участников время. Длительность каждого занятия составляет около 1 часа. Примерная схема занятия предусматривает краткое (15-20 мин.) сообщение врача по обсуждаемой теме, после которого больным предлагается задавать вопросы, высказывать мнения, делиться опытом, активно участвовать в дискуссии по рассматриваемой проблеме. Важно не сводить занятия к лекциям по санпросвету, а суметь организовать настоящую дискуссию, в которой каждый может высказаться, поделиться собственным опытом. Роль врача в ходе

дискуссии заключается в том, чтобы ненавязчиво направлять ее в позитивное русло, акцентируя внимание на правильных установках. В конце занятий желательно предоставить больным памятки по наиболее актуальным темам

### **Контрольные вопросы и задания:**

1. Основные организационно-методические подходы к организации работы по медико-социальной профилактике и укреплению здоровья граждан?
2. Пути информирования населения Российской Федерации об основных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний, возможностях их диагностики и коррекции?
3. Меры снижения потребления алкоголя и табака населением Российской Федерации?
4. Меры предупреждение и снижение уровня немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ?
5. Меры, направленные на повышение уровня физической активности, приверженности рациональному питанию, снижение уровня психоэмоциональной нагрузки у населения Российской Федерации?
6. Условия эффективности обучения взрослых?
7. Индивидуальные и массовые методы и средства информирования населения по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни?
8. Основные задачи школы здоровья?

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Международное сообщество поддерживает стратегию снижения неинфекционных заболеваний и действия факторов риска состояния здоровья населения, основная цель которой – создание единой профилактической среды на основе межведомственного взаимодействия всех ветвей власти, секторов, слоев и структур общества, включая здравоохранение, профильные министерства и ведомства, агентства и службы, работодателей, общественные организации, представителей религиозных концессий и других групп населения. Стратегия реализуется на основе государственных планов или программ, федеральных или ведомственных целевых программ.

Для достижения основной цели Стратегии необходима одновременная реализация мер по ключевым стратегическим направлениям:

- снижение популяционного риска неинфекционных заболеваний (повышение мотивации всего населения и создание необходимых условий к ведению здорового образа жизни);

- снижение доли граждан с высоким индивидуальным риском неинфекционных заболеваний, а также доли граждан, имеющих;

- контроль течения болезни и развития осложнений у граждан, имеющих выявленные неинфекционные заболевания в рамках диспансерного наблюдения в первичном звене здравоохранения;

- своевременное и эффективное лечение неинфекционных заболеваний и их осложнений, а также профилактика повторных событий в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

***В Российской Федерации предусмотрена система социально-экономических и медико-санитарных профилактических мер, направленных на снижение факторов риска здоровья населения:***

- проведение широких оздоровительных и профилактических мероприятий среди населения;

- создание на производстве и в быту надлежащих санитарно-гигиенических условий, устранение причин производственного травматизма, профессиональных заболеваний, других факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на здоровье;
- проведение мероприятий по оздоровлению внешней среды, обеспечению санитарной охраны водоемов, почвы, атмосферного воздуха;
- развитие сети профилактических медицинских организаций (подразделений);
- бесплатное удовлетворение потребности населения в профилактической медицинской помощи; повышение качества и безопасности медицинской помощи; развитие диспансерного наблюдения за населением;
- повышение доступности санаторно-курортного лечения, расширение сети профилакториев, пансионатов, туристических баз и других учреждений для лечения и отдыха граждан;
- формирование у граждан мотивации к здоровому образу жизни; физическое и гигиеническое воспитание, развитие массовой физической культуры и спорта;
  - борьба с вредными привычками;
  - развитие научно-гигиенических основ питания населения;
  - развитие научных исследований, подготовка научных кадров, высококвалифицированных специалистов в области охраны и укрепления здоровья населения;
- использование в деятельности учреждений здравоохранения достижений науки, техники и медицинской практики, оснащение учреждений новейшей аппаратурой;
- широкое участие общественных организаций в формировании мотивации населения к здоровому образу жизни.

## ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

Инструкция: выберите один правильный ответ

**1. Для оценки здоровья населения ВОЗ рекомендует учитывать ряд показателей. Установите эти показатели, выбрав один правильный ответ из вариантов предложенных:**

А. Отчисление валового национального продукта на здравоохранение. Средняя продолжительность предстоящей жизни. Гигиеническая грамотность населения. Охват населения медицинской помощью. Доступность первичной медико-социальной помощи

Б. Уровень госпитализации населения. Уровень и эффективность диспансеризации населения. Структура населения по группам здоровья. Уровень материнской и младенческой смертности

В. Уровень иммунизации населения. Степень обследования беременных квалифицированным медицинским персоналом. Состояние питания детей. Уровень детской смертности

Г. Правильные ответы А и В

Д. Все ответы правильные

**2. При изучении общественного здоровья факторы, его определяющие, выделяют в определенные группы. Установите эти факторы, выбрав один правильный ответ из предложенных вариантов.**

А. социально-экономические факторы (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и пр.)

Б. социально-биологические факторы (возраст родителей, пол, течение антенатального периода, наследственность и пр.); экологические и природно-климатические факторы (загрязнение среды обитания, климат, уровень радиации и пр.)

В. медико-организационные факторы (уровень, качество и доступность медико-социальной помощи и пр.)

Г. правильные ответы: А, Б, В

Д. правильные ответы: А и В

**3. Эпидемическая триада, необходимая для массового заражения, включает:**



- А. инфекционный агент, обладающий инвазивными свойствами
- Б. неинфекционный агент, обладающий инвазивными свойствами
- В. средство доставки возбудителя (среда, переносчик), воспринимающий субъект (реципиент)
- Г. правильный ответ: А, В
- Д. все ответы правильные

**4. Укажите основные функции центров здоровья:**

- А. информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах; групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни, профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний, формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких
- Б. проведение восстановительного лечения и реабилитации пациентов по направлению медицинских учреждений круглосуточного пребывания
- В. обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака
- Г. правильные ответы А, В
- Д. все ответы правильные

**5. Укажите соответствие и определите долю влияния факторов риска на состояние здоровья городского населения, по мнению ВОЗ:**

Факторы риска		Доля влияния на здоровье
А. Окружающая природная среда		1. – 50%
Б. Наследственность		2. – 15%
В. Образ жизни		3. – 25%
Г. Медицина и здравоохранение		4. – 10%

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5
Г	Г	Д	Г	А-3, Б-2, В-1, Г-4

## ГЛОССАРИЙ

**Здоровый образ жизни** – благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, поведенческих и, гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развития нарушений здоровья, поддерживать оптимальное качество жизни.

**Здоровье** – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (Устав ВОЗ, 1948).

**Качество жизни** – категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации.

**Мотивация** – побуждение, вызывающее активность организма и определяющее направленность этой активности.

**Образ жизни** – типичные для конкретно-исторических социально-экономических отношений способ и формы индивидуальной и коллективной жизнедеятельности человека, характеризующие особенности его поведения, общения, склада мышления.

**Общественное здоровье** – одно из направлений деятельности общества по охране здоровья населения на групповом и популяционном уровнях, оцениваемое по совокупности медико-демографических, санитарно-статистических и социально-психологических показателей. Это сочетание знаний, навыков и умений, направленных на сохранение здоровья людей с помощью коллективных социальных действий

**Факторы риска** – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

**Эпидемиология** – наука, изучающая закономерности возникновения и распространения заболеваний различной этиологии с целью разработки профилактических мероприятий.

**Эпидемиология неинфекционных заболеваний** – система знаний о причинах, условиях возникновения и распространения неинфекционной заболеваемости среди населения для разработки и применения профилактических мероприятий.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### Основная:

1. Авалиани С.Л., Автандилов А.Г., Беляева Н.М., Борисов К.Н., Брюн Е.А., Булатников А.Н., Волкова Н.А., Задворная О.Л., Хотимченко С.А., Лоранская И.Д., Мамедова Л.Д., Новиков Е.М., Пухаева А.А., Ракитская Л.Г., Савченко Л.М., Соболев Е.С., Степанова Н.А., Тетова В.Б., Шарафетдинов Х.Х. Формирование здорового образа жизни. Руководство – М.: Медпрактика – М, 2014. – 1129 с.
2. Безопасность пациента / Под ред. Е.Л. Никоновой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 184 с.
3. Бойцов С.А., Чучалин А.Г. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний/Рекомендации.М.: ФГБУГНИЦПМ Минздрава России. -2013.-205 с.
4. Вишняков Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 840 с.
5. Гигиена с основами экологии человека./ Под ред. Мельниченко П.И. Учебник. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 752 с.
6. Государственная политика здорового питания населения/Руководство - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 256 с.
7. Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л., Стефанюк А.Р. Здоровье человека и качество жизни. Проблемы и особенности здравоохранения. – М. : , 2009. – 400 с.
8. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 384 с.
9. Инфекционные болезни./Под ред. Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я.Учебник.- М.: ГЭОТАР, 2010 – Медиа, 704 с.
10. Кардиология. Национальное руководство./ Под ред. Беленкова Ю.Н.-М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 1232 с..

11. Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения. Учебное пособие М: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 256 с.
12. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 512 с.
13. Медик В.А., Токмачев М.С. Статистика здоровья населения и здравоохранения. – М.: Финансы и статистика, 2009. – 368 с.
14. Медик В.А., Юрьев В.К. . Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с.
15. Наглядная медицинская статистика/ под ред. Леонова В.П. Учебное пособие – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2010. 168 с.
16. Покровский В.И., Пак С.Г., Брино Н.А, Данилина Б.Н. Инфекционные болезни и эпидемиология. Учебник – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.,816 с.
17. Потемкина Р.А. Школа здоровья. Физическая активность и питание. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 94 с.
18. Стародубов В.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 624 с.
19. Стрельников А.А. Скрининг и профилактика заболеваний. М.:СпецЛит.- 2012.- 535 с.
20. Терапия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний/Руководство – М.: – ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 672 с.
21. Черкасский Б.Л. Глобальная эпидемиология. – М. : Практическая Медицина, 2008. – 448 с.
22. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 592 с.
23. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Школа здоровья./ Под ред.Оганова Р.Г.-М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 160 с.

**Дополнительная:**

24. Зимбардо Ф.Дж., Ляйппе Ф. Социальное влияние. – СПб.: Питер, 2011. – 448 с.
25. Cardiovascular disease and diabetes: policies for better health and quality of care. In: OECD Health Policy Studies. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015. doi:10.1787/9789264233010-en.
26. Tulchinsky T., Varavikova E. The new public health/ An Introduction//Amutah for education and Health, 1999. 1049 p.
27. Wismar M, Martin-Moreno JM. Intersect oral working and Health in All Policies. In: Facets of public health in Europe, 199–216. Maidenhead, New York: Open University Press; 2014 (European Observatory on Health Systems and Policies series; <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/facets-of-public-health-in-europe>).
28. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., Dans T., Avezum A., Lanas F., McQueen M., Budaj A., Pais P., Varigos J., Lisheng L., on behalf of the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Published online September 3, 2004.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ**

1. Конституция Российской Федерации.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (с последующими изменениями и дополнениями).
4. Федеральный закон от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра».

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.09.2015 г. N 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н. «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 сентября 2013г. № 677 «Об утверждении информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года».
10. Приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 N 597н (ред. от 30.09.2015) «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (вместе с «Требованиями к организации деятельности центров здоровья для взрослого населения по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»).

#### **Интернет-ресурсы:**

1. Сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации

[Электронный ресурс] = <https://www.rosminzdrav.ru/>

2. Сайт Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения.

[Электронный ресурс] = <https://www.euro.who.int/ru/home>.

3. Сайт Федеральной службы государственной статистики - [Электронный ресурс] = <https://www.gks.ru/>.

4. Сайт научной электронной библиотеки.

[Электронный ресурс] = <https://elibrary.ru>.



ЗАДВОРНАЯ ОЛЬГА ЛЕОНИДОВНА  
БОРИСОВ КОНСТАНТИН НИКОЛАЕВИЧ

## **ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Редактор.....  
Подписано в печать ... Формат 60×90 1/16  
Печать ... Бумага ...  
Усл. печ. л...  
Тираж ... экз.  
Заказ № ...

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования  
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России  
Ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, Москва, 123995  
Электронный адрес [www.rmapo.ru](http://www.rmapo.ru)  
E-mail: [rmapo@rmapo.ru](mailto:rmapo@rmapo.ru)