

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Т.В. КАЛИНИНА

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО
2020

УДК 614.2(075.9)

ББК 51.1(2)я73

К 17

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (протокол № 2 от 18.03.2020)

Автор:

Калинина Т.В., проректор по учебной работе государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент

Рецензенты:

Малахова И.В., заместитель директора по научной работе Республиканского научно-практического центра медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, кандидат медицинских наук, доцент

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Калинина Т.В.

К 17

Общественное здоровье Факторы, формирующие здоровье населения : учеб.-метод. пособие / Т.В. Калинина. – Минск : БелМАПО, 2020. – 34 с.

ISBN 978-985-584-451-9

В учебно-методическом пособии рассмотрены факторы, формирующие общественное здоровье: социально-экономические, биологические, природные и медицинские. Дано современное представление о популяционном здоровье и влиянии на его формирование социально-экономического статуса, рабочей среды, образа жизни, образования, социального капитала, уровня доходов, климатических, антропогенных, наследственных и гендерных факторов. Среди медицинских факторов, оказывающих влияние на формирование общественного здоровья, рассмотрены эффективность системы здравоохранения, доступность медицинской помощи, качество медицинской помощи, развитие медицинской науки, квалификация медицинских кадров.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательной программы переподготовки по специальности «Организация здравоохранения» (дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение»), а также повышения квалификации руководителей и заместителей руководителей организаций здравоохранения, врачей-специалистов.

УДК 614.2(075.9)

ББК 51.1(2)я73

ISBN 978-985-584-451-9

© Калинина Т.В., 2020

© Оформление БелМАПО, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
Определение понятия «общественное здоровье»	6
Факторы, формирующие общественное здоровье	8
Социально-экономические факторы	9
Биологические факторы	15
Природные факторы	17
Медицинские факторы	19
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	31

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
КМП	качество медицинской помощи
УО	учреждение образования
ОКРБ 011-2009	общегосударственный классификатор Республики Беларусь «Специальности и квалификации»
IQ	коэффициент интеллекта (Intelligence Quotient)
ОЗ	организация здравоохранения
ВВП	валовой внутренний продукт

ВВЕДЕНИЕ

Общественное здоровье является предметом изучения науки «общественное здоровье и здравоохранение», находящейся на стыке естественно-научных и гуманитарных дисциплин: медицины, экологии, биологии, социологических, экономических и политических наук. Владение методологией изучения общественного здоровья позволяет специалистам из разных отраслей современной науки объединять свои усилия для разработки методов, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения.

Тема общественного здоровья привлекает все большее внимание не только ученых-теоретиков, но и организаторов здравоохранения [1-5]. Это обусловлено неблагоприятными тенденциями изменения популяционного здоровья, особенно демографическими процессами в европейском регионе, которые требуют принятия неотложных мер по радикальному улучшению ситуации.

Задачами практической деятельности в области общественного здоровья является изучение и оценка состояния здоровья населения в целом и различий в состоянии здоровья между отдельными его подгруппами, выявление и оценка факторов влияющих на здоровье населения, а также разработка стратегий, методов и средств, позволяющих нивелировать эти факторы.

Общественное здоровье обусловлено комплексным воздействием социальных, природных и биологических факторов, его улучшение способствует увеличению продолжительности и повышению качества жизни, благополучия людей, гармоничному развитию личности и общества.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ»

Определение понятия «здоровье» находится в центре внимания врачей с момента появления научной медицины и до сегодняшнего дня остается предметом дискуссий. Можно сказать, что здоровье – это отсутствие заболевания. Именно так на бытовом уровне понимают здоровье отдельного человека – сегодня ты не болен, следовательно, здоров.

Большинство цитируемых в научной литературе определений здоровья относятся к характеристикам индивидуального здоровья. Прославленный ученый эпохи Древнего Рима Клавдий Гален писал: «Здоровье есть равновесие и гармония четырех соков тела: кровь, желчь, черная желчь, слизь (флегма). ... Это такое состояние организма, когда все отправления тела совершаются безболезненно и беспрепятственно» [6]. Вместе с тем, очевидно, что отсутствие боли и других внешних признаков болезни вовсе не является гарантией отсутствия патологического процесса.

Преамбула Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ратифицированного 7 июля 1948 года, содержит следующее определение: «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов» [7]. Определение, содержащееся в Уставе ВОЗ, носит качественный характер и в силу этого не может быть признано исчерпывающим.

Индивидуальное здоровье человека – явление, в значительной степени, случайное. Оно преимущественно обусловлено эндогенными факторами, и одновременно зависит от множества случайных внешних процессов и явлений в силу чего не может служить основанием для принятия решений, направленных на коррекцию здоровья на популяционном уровне.

Для решения социальных, экономических, политических проблем, при которых необходимо учитывать качество здоровья всего населения, используется понятие общественное (или популяционное) здоровье.

В современной литературе понятие «общественное здоровье» рассматривается, по меньшей мере, в двух аспектах. С одной стороны, общественное здоровье как система («public health as system») – это система научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, деятельность которой направлена на реализацию концепции охраны и укрепления здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности.

С другой стороны, общественное здоровье как ресурс («public health as resource») – это медико-социальный ресурс и потенциал общества, способ-

ствующий обеспечению национальной безопасности страны. В настоящем учебно-методическом пособии вопросы общественного здоровья рассматриваются именно в последнем контексте.

Общественное здоровье проявляет себя в нескольких аспектах [8,9]:

как здоровье каждого гражданина, представляет стратегическую цель государства и народа, условие национальной безопасности страны;

является наиболее ярким и убедительным показателем социально-экономического состояния общества, качества жизни людей;

является экономическим ресурсом общества и главным условием воспроизводства высококачественного трудового потенциала;

может быть обеспечено только совместным рациональным использованием достаточных финансовых ресурсов, как местных, так и республиканского бюджета, частных предпринимателей и населения.

ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Факторы, влияющие на здоровье, можно условно объединить в 4 группы:

1. социально-экономические условия (образ жизни);
2. биологические (пол, возраст, наследственность и др.);
3. природные (климатические, гелиогеофизические, антропогенное загрязнение и др.);
4. медицинские (организация медицинской помощи).

Все названные четыре группы факторов воздействуют как на уровне индивидуального, так и на уровне популяционного здоровья. Они взаимосвязаны и между собой, но степень их влияния на здоровье неодинакова. Согласно модели экспертов ВОЗ соотношение факторов, влияющих на здоровье, таково: социально-экономическое условия и образ жизни – 50%; биологические свойства организма – 20%; внешняя среда, природные условия – 20%; здравоохранение – 10%.

Академик РАМН профессор Ю.П. Лисицын предложил сгруппировать факторы риска в несколько блоков, ориентировочно определив для каждой группы ее удельный вес во влиянии на общественное здоровье (таблица 1) [10].

Таблица 1. Факторы, влияющие на здоровье
(Ю.П. Лисицын, 1987 г.)

Сферы влияния факторов на здоровье	Группы факторов риска	Удельный вес (в %) факторов риска
Образ жизни	Курение	49-53
	Употребление алкоголя	
	Несбалансированное питание	
	Стрессовые ситуации (дистрессы)	
	Вредные условия труда	
	Гиподинамия	
	Плохие материально-бытовые условия	
	Потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами	
	Непрочность семей, одиночество	
Низкий культурный и образовательный уровень		

Сферы влияния факторов на здоровье	Группы факторов риска	Удельный вес (в %) факторов риска
	Высокий уровень урбанизации и т.д.	
Генетика, биология человека	Предрасположенность к наследственным болезням	18-22
	Предрасположенность к так называемым дегенеративным болезням	
Внешняя среда	Загрязнение воздуха	17-20
	Загрязнение воды	
	Загрязнение почвы	
	Резкая смена атмосферных процессов	
	Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и др. излучения	
Здравоохранение	Неэффективность профилактических мероприятий	8-10
	Низкое качество медицинской помощи	
	Несвоевременность медицинской помощи	

Социально-экономические условия (образ жизни)

Социально-экономический статус (класс)

Основными показателями принадлежности индивида к определенному социальному классу являются: профессия, образование, доход. Зависимость здоровья от принадлежности к социальному классу заключается в том, что чем выше социальный класс, тем лучше здоровье его представителей [11,12].

Неравномерность распределения здоровья в обществе по социальным классам, «классовый градиент здоровья», известно человечеству с древнейших времен. Научное осмысление впервые было получено на рубеже XVII-XVIII вв. и обосновано в работах немецких социал-гигиенистов в XIX веке. Наиболее распространенным в социальных науках принято деление общества на два («элита» и «масса») или три (высший, средний и низший) класса.

Корреляция здоровья с неравенством в социально-экономическом положении обусловлена следующими механизмами:

1. уровень доходов определяет различия в жизненных стандартах: количестве и качестве потребляемых товаров и услуг; калорийности, разнообразии и сбалансированности питания; возможности вести активный сохраняющий образ жизни.

2. Различия в жизненных условиях формируют неодинаковые возможности адаптации и способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками.

3. Неравенство в жизненных стандартах определяет неравенство возможностей в использовании эффективных мер и способов борьбы с возникающими отклонениями от здоровья.

4. Хронические стрессы, связанные с неудовлетворенностью занимаемым социально-экономическим положением, приводят к изменению нейроэндокринного и психологического функционирования организма и увеличивают риск развития заболеваний.

Семейный статус

Существует устойчивая связь между здоровьем и семейным статусом человека. Наиболее высокий уровень здоровья устанавливается у состоящих в браке мужчин, затем следуют одинокие и никогда не состоявшие в браке женщины, затем женщины, состоящие в браке и разведенные женщины. Наихудшие показатели здоровья отмечаются у одиноких мужчин и вдовцов. Мужья ненадолго переживают умерших жен. На продолжительность жизни женщин смерть мужей практически не сказывается.

В исследовании, проводившемся в МГУ им. М.В. Ломоносова, было показано, что у мужчин моложе 30 лет и женщин моложе 45 лет не наблюдается связи между состоянием здоровья и семейным положением [13]. В возрасте от 30 до 44 лет жизнь в браке более благоприятна для здоровья мужчин, чем жизнь вне брака. У женщин такой зависимости не наблюдается. В возрасте 45-59 лет – лучшие показатели здоровья у мужчин, которые живут с женами, но без детей (как правило, их дети уже взрослые и живут отдельно, а жены больше заботятся о мужьях, чем о детях). Как у мужчин, так и у женщин наличие супруга положительно влияет на состояние здоровья.

Дети больше влияют на здоровье матерей, чем отцов. Это влияние более существенно для женщин, не состоящих в браке: лучше быть одинокой матерью, живущей с детьми, чем полностью одинокой женщиной. В самом неблагоприятном положении находятся те мужчины и женщины, которые не состоят в браке и не имеют детей или живут отдельно от них.

В пожилых возрастах, после 60 лет, не только для мужчин, но и для женщин наиболее благоприятным вариантом семейного положения является совместное проживание с супругами и детьми. Очень многие мужчины и подавляющее большинство женщин в этом возрасте уже испытывают трудности в повседневной жизни из-за состояния здоровья. Им требуется постоянная помощь со стороны детей, а эту помощь легче получать при совместном,

чем при раздельном проживании. В этих возрастах, как для мужчин, так и для женщин наличие супруга имеет весьма благоприятное воздействие на состояние здоровья. В очень сложном положении, как и в предыдущей возрастной группе, находятся мужчины и особенно женщины, которые не состоят в браке и не проживают вместе с детьми. Как правило, эти люди живут в одиночестве, и заботиться о них некому: супругов нет, дети живут отдельно, а родители умерли.

Три основных фактора, положительно влияющих на сохранение и укрепление здоровья в браке:

1. Осторожность. Семейные пары совершают намного меньше рискованных поступков и меньше злоупотребляют спиртными напитками и наркотиками.

2. Поддержка. Ученые считают, что отсутствие поддержки также является фактором риска для здоровья человека.

3. Забота. Муж и жена всегда поддерживают друг друга, что улучшает психо-эмоциональное самочувствие.

Культуральные факторы

Уровень культуры населения имеет непосредственное отношение к его здоровью. Культура в данном случае понимается широко (т.е. культура вообще) и медицинская культура – как часть общечеловеческой культуры. Влияние культуры на здоровье сводится к тому, что чем ниже уровень культуры, тем выше вероятность возникновения заболеваний, тем хуже другие показатели здоровья.

Непосредственное и наиболее важное значение для здоровья имеют следующие элементы культуры:

культура питания;

культура проживания, т.е. поддержание жилья в соответствующих условиях;

культура организации досуга (отдыха),

гигиеническая (медицинская) культура: соблюдение правил личной и общественной гигиены;

физическая активность;

отношение к вредным привычкам (алкоголь, наркотики, никотин);

закаливание;

психогигиена;

интеллектуальное самочувствие: способность человека оптимально использовать новую информацию во всех жизненных ситуациях;

духовное самочувствие: способность устанавливать конструктивные жизненные цели и стремиться к ним, оптимизм.

Факторы рабочей среды

Существенная роль в формировании общественного здоровья отводится также профессиональным факторам. Трудовая деятельность человека протекает в условиях определенной производственной среды, которая при несоблюдении гигиенических требований может оказывать неблагоприятное влияние на работоспособность и здоровье человека. Производственная среда складывается из природно-климатических факторов и факторов, связанных с профессиональной деятельностью, которые принято называть вредными. Длительное воздействие этих факторов может привести к функциональному напряжению и поломке компенсаторных механизмов, возникновению профессиональных заболеваний, снижению уровня соматического здоровья, преждевременному старению организма работающих [15].

Выделяют две «группы повышенного риска» среди работников в любой организации.

Первой и наиболее привлекающей внимание являются руководители [16]. По материалам многочисленных работ можно выделить следующие критические источники стресса в работе руководителя:

- ответственность за результаты основной деятельности организации и за каждого члена коллектива;

- профессиональная карьера;

- перегрузка;

- взаимоотношения с другими лицами, занимающими ключевые позиции в организации;

- трудности в семье, вызванные особенностями управленческой деятельности (командировки, ненормированный рабочий день и т.п.).

Чаще всего с работой руководителя сопряжены сердечно-сосудистые и хронические желудочно-кишечные заболевания. Особенно уязвимой является позиция женщины-руководителя, поскольку существующие в профессиональной среде стереотипы предъявляют к женщине повышенные и достаточно специфичные требования как на стадиях прохождения ступеней карьеры, так и при реализации управленческих функций [17].

Вторая группа риска – работники, занятые в тяжелых и вредных условиях труда (малоквалифицированные). Основными стрессогенными факторами для них являются: физическая вредность условий труда, его тяжесть и монотонность.

Эти факторы высокоспецифичны для отдельных видов производств, поэтому какие-то обобщения здесь делать трудно. Проявления влияния этих факторов на здоровье работающих, могут быть представлены тремя группами показателей: а) заболеваемости; б) абсентеизма, то есть отсутствия на работе; в) производительности.

Наиболее часто проявляющиеся заболевания в этой группе – психофизиологические (вегетативные) симптомы, несчастные случаи на производстве, простудные заболевания. К соматической заболеваемости тесно примыкают алкоголизм, наркомания и токсикомания.

Образование (интеллект)

Зависимость продолжительности жизни от уровня интеллекта и образованности является предметом изучения специалистов в разных странах. На протяжении существования Нобелевской премии (более 100 лет) средний возраст лауреатов непрерывно увеличивался. Нобелевские лауреаты в среднем живут дольше академиков, продолжительность жизни которых, в свою очередь, выше, чем у профессоров и т.д. [18].

Ученые из Шотландии на выборке из 1347 мужчин и женщин изучили влияние уровня IQ на состояние здоровья и продолжительность жизни. Для этого с 1987 года в течение 17 лет оценивалось состояние здоровья шотландцев в возрасте 56 лет. Испытуемые, которые были материально обеспечены хуже, чаще болели и умирали. Эти данные были ожидаемые, но исследование показало также существенную взаимосвязь между уровнем IQ и состоянием здоровья человека.

IQ определяет поведение человека, которое зачастую является причиной различных заболеваний. К примеру, люди с высоким уровнем IQ бросают курить легче, чем те, у которых умственные способности были ниже среднего.

Более высокий уровень образования способствует снижению риска развития слабоумия в старости. Согласно статистическим данным, один дополнительный год образования снижает риск развития старческого слабоумия на 11%.

По мнению группы ученых во главе с профессором Кэрол Брэйи из Кэмбриджского университета – именно более высокий уровень образования помогает людям сопротивляться наступающему в результате различных повреждений мозга старческому слабоумию.

Влияние интеллекта на здоровье подтверждается и на генетическом уровне. Чтобы проследить, как влияет образованность на старение организма, исследователи Университетского колледжа Лондона пригласили 450 доб-

ровольцев. В зависимости от уровня образования их разделили на четыре группы: в первую вошли те, кто не учился в школе, вторую составили из тех, кто бросил школу после пятого класса, третьи имели полное среднее образование, добровольцы из четвертой окончили вуз. Затем производился замер частей ДНК, находящихся на концах хромосом. Эти части называются теломеры. Чем они короче, тем быстрее человек стареет. Выяснилось, что самые длинные теломеры были у добровольцев из четвертой группы, а самые короткие – из первой, то есть у самых малообразованных [19].

Виктор Риос Рулл из Университета Миннесоты и Джозеф Пижоан-Мас из SEMFI изучили, от чего зависит ожидаемая продолжительность жизни тех, кому уже исполнилось 50 лет [20]. Они проанализировали влияние четырех основных факторов: уровня образования, богатства, занятости и семейного положения. В исследовании были использованы данные исследования о здоровье в пенсионном возрасте (Health and Retirement Study), которое проводилось в Университете Мичигана с 1992 год по 2010 год. В опросе принимали участие 26 тысяч американцев старше 50 лет.

Результаты исследования подтверждают тот факт, что более образованные люди живут дольше (рисунок 1). Авторами доказано, что выпускники колледжа в среднем живут на 6 лет больше, чем те, кто окончил только школу.

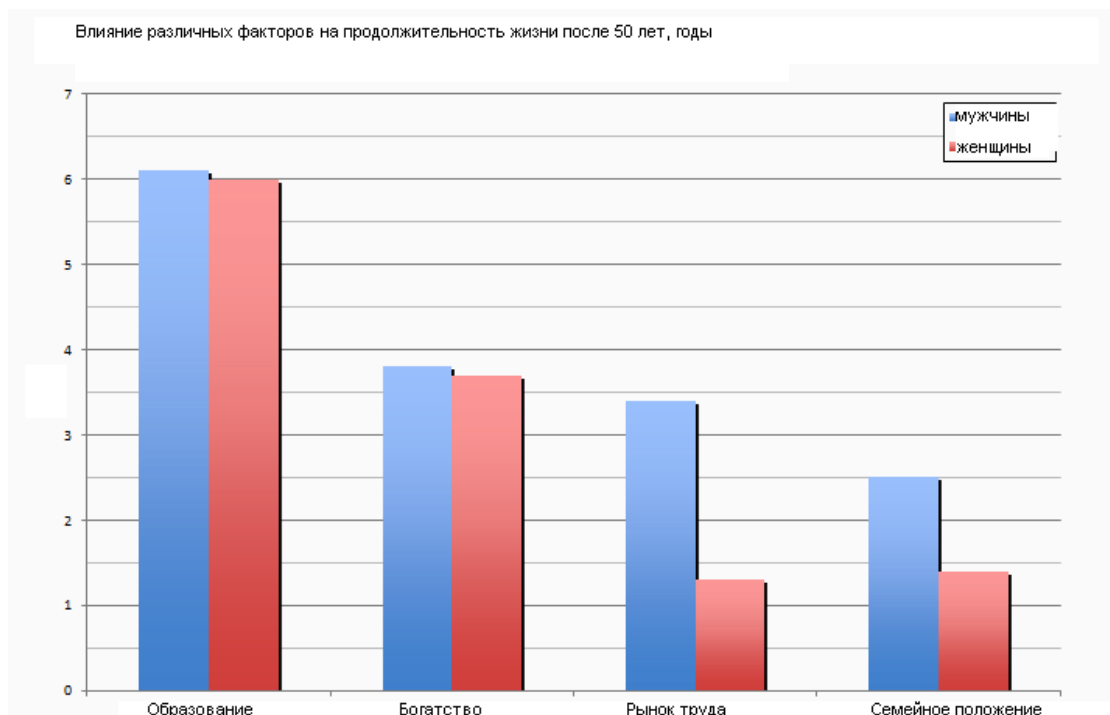


Рис.1. Влияние различных факторов на продолжительность жизни после 50 лет [20].

Социальный капитал

Все больше исследований отечественных и зарубежных авторов посвящается изучению влияния складывающихся в обществе социальных отношений на формирование общественного здоровья [21].

В исследовании Р. Роуза на индивидуальном уровне (представительный опрос российского населения, проведенный в 1998 г.) было выявлено, что социальный капитал (вхождение в формальные и неформальные сети, возможность опереться на друзей во время болезни, доверие, способность контролировать свою жизнь) оказывает самостоятельное – в дополнение к социально-структурным факторам (т.е. обладанию человеческим капиталом) – воздействие на здоровье: его самооценки оказались выше у тех, кто наделен этим капиталом [22].

Одно из самых известных исследований в этой области проводилось в графстве Аламеда в Калифорнии. Исследователи опросили 7000 человек об их общественных связях. Окончательные результаты касались 4725 человек, так как некоторые люди выбыли из опроса. За судьбой респондентов следили в течение девяти лет. Результаты были одинаковы для мужчин и для женщин: наиболее высокая смертность отмечена у людей с наименьшим количеством социальных связей, и наоборот, наиболее низкий уровень смертности оказался у людей с многочисленными социальными связями.

Одиноко проживающие пожилые люди, не имеющие друзей или родственников, подвержены большему риску заболевания слабоумием или болезнью Альцгеймера. Социальные отношения напрямую связаны с физическим благополучием, в том числе со снижением высокого кровяного давления и избавлением от воспалений и всех факторов, которые могут вызывать такие опасные проблемы, как болезни сердца и рак. Социальная изоляция в подростковом возрасте повышает риск воспаления и абдоминального ожирения. В старости это же приводит к развитию таких разрушительных болезней, как диабет.

Биологические факторы

Гендерный фактор

Среди биологических факторов, оказывающих бесспорное влияние на здоровье населения, прежде всего, следует остановиться на гендерном аспекте.

Во всем мире ожидаемая продолжительность предстоящей жизни женщин на 4,5 года больше таковой мужчин. В Республике Беларусь эта разница

составляет почти 10 лет. В 2018 г. ожидаемая продолжительность предстоящей жизни женщин составила 79,2 года, мужчин – 69,3 года.

Наиболее отчетливо гендерные различия проявляются по классу психических заболеваний. В развитых странах, к которым относится и наша республика, у женщин чаще диагностируются невротические, депрессивные и инволюционные расстройства, тогда как у мужчин – психопатии, алкоголизм и алкогольные психозы.

Отчетливые различия имеются и по соматическим заболеваниям. Например, у мужчин чаще регистрируются инфаркт миокарда, язвенная болезнь, с ними чаще происходят несчастные случаи; у женщин – желчнокаменная болезнь, варикозная болезнь, артериальная гипертензия, атеросклероз.

В значительной степени это связано с нормами и стандартами поведения, предписывающими женщине при возникновении проблем болеть, принимать лекарства и обращаться за медицинской помощью. Мужской стереотип реакции на проблему – агрессия и алкоголизация.

Возрастной фактор

Между возрастом и состоянием здоровья человека существует зависимость, которая характеризуется тем, что с увеличением возраста здоровье постепенно ухудшается. Эта зависимость не является строго прямолинейной, она имеет вид U-образной кривой. Именно так изменяется один из показателей общественного здоровья – смертность. Наиболее высокие уровни смертности наблюдаются в возрасте до 1 года и в пожилом возрасте старше 60 лет. После 1 года уровень смертности снижается и достигает минимума в возрасте 10-14 лет. Для этой группы возрастной показатель смертности минимальный (среди всех умерших за год дети в возрасте от 10 до 14 лет составляют не более 0,6%). С возрастом смертность постепенно возрастает, особенно быстро после 60 лет.

Генетический фактор

Каждая популяция или этническая группа характеризуется своим набором генов. Изучение генетической структуры населения важно для оценки и прогнозирования здоровья. Большинство генных мутаций на протяжении десятков тысяч лет передаются из поколения в поколение.

Так, в случае заболевания фенилкетонурией, наследственного нарушения обмена веществ, приводящего к слабоумию, – поврежден ген, отвечающий за один из этапов метаболизма аминокислот. Частота появления больных составляет 1 на 10-17 тысяч рождений, а частота скрытого носительства

болезнетворного аллеля около 1:100. Так как болезнь встречается достаточно часто, и рано назначенное лечение (специальная диета) позволяет предотвратить ее развитие, всех новорожденных тестируют на наличие этого заболевания. В Восточной Европе фенилкетонурия особенно часто встречается у русских. Молекулярно-генетический анализ показал, что большинство случаев заболевания в русских семьях вызывается одной и той же мутацией, принесенной сюда переселенцами из Северной Европы.

На частоту наследственных болезней влияют три фактора:

радиация;

некоторые химические соединения (например, пестициды);

биологический фактор (вирусы).

Примерно 5-6 детей из 100 рождаются с какими-нибудь генетически обусловленными заболеваниями. Чаще всего это заболевания с генетическими предрасположенностями. Это могут быть пороки развития, нарушения в интеллектуальном развитии ребенка. В эти 5-6 процентов входят наследственные заболевания, возникшие впервые или унаследованные от одного из родителей.

Риск возникновения тех или иных заболеваний во многом зависит от генетики. Но риск – это не 100% вероятность развития заболевания. Человек сам, своим поведением, способен уменьшить или, напротив, увеличить этот риск.

Природные факторы

Климатические факторы

Метеорологические факторы существенно влияют на физиологические процессы в организме человека, вызывают развитие патологических состояний и обострение хронических заболеваний [23]. Еще Гиппократ предупреждал: «Будь особо внимательным при перемене погоды, в этот период избегай кровопусканий, прижиганий и не берись за скальпель».

Оптимальными для лиц, проживающих в умеренных широтах, являются следующие условия: температура от +17 до +31°C, влажность 40-60%, скорость движения воздуха 0,1-0,6 м/с, атмосферное давление 750 мм. рт. ст.

Наиболее подвержены влиянию погоды люди, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, психическими расстройствами.

Гелиогеофизические факторы

Геомагнитные изменения также сильно влияют на человека. Это связано с воздействием «магнитных бурь». Время от времени на Солнце происходят мощные взрывы, вследствие которых в межпланетное пространство выбрасывается поток заряженных частиц. Когда он через один – два дня достигает магнитной оболочки нашей планеты, то, взаимодействуя с ней, вызывает ее возмущение. Магнитное поле начинает сжиматься, колебаться – так происходит магнитная буря. В результате многие испытывают дискомфорт, иногда происходит обострение хронических сердечно-сосудистых и легочных заболеваний.

Антропогенные загрязнения

Антропогенные загрязнения окружающей среды оказывает выраженное воздействие на формирование популяционного здоровья населения [24].

Главный источник антропогенного загрязнения – возвращение в природу той огромной массы отходов, которые образуются в процессе производства и потребления человеческого общества. В настоящее время они составляют более 100 млрд. тонн.

Загрязнение литосферы (почвенного покрова) происходит в результате промышленной, строительной и сельскохозяйственной деятельности. При этом в роли главных загрязнителей выступают металлы и их соединения, удобрения, ядохимикаты, радиоактивные вещества, концентрация которых приводит к изменению химического состава почв.

Все более сложной становится проблема накопления бытового мусора. Специалисты все чаще используют в характеристике современного общества термин «мусорная цивилизация». Происходит разрушение почвенного покрова в результате открытых горных разработок, глубина которых иногда достигает 500 метров и более. Так называемые бедленды («дурные земли»), полностью или почти полностью потерявшие свою продуктивность, занимают уже 1% поверхности суши.

Загрязнение гидросферы происходит, прежде всего, в результате сброса в реки, озера и моря промышленных, сельскохозяйственных и бытовых сточных вод. К концу 90-х гг. общий мировой объем сточных вод приблизился к 5 тыс. км³ в год, что составляет 25% от водных запасов Земли. К числу сильно загрязненных относятся многие реки – Рейн, Дунай, Сена, Темза, Тибр, Миссисипи. Огайо, Волга, Днепр, Дон, Днестр. Нил, Ганг и др.

Растет загрязнение Мирового океана, «здоровью» которого угрожают одновременно с побережья, с поверхности, со дна, из рек и атмосферы. Ежегодно в Океан попадает огромное количество отходов. Особую опасность для

Океана представляет нефтяное загрязнение. В результате утечки нефти при ее добыче, транспортировке и переработке в Мировой океан ежегодно попадает (по разным источникам) от 3 до 10 млн. тонн нефти и нефтепродуктов. Космические снимки показывают, что уже около 1/3 всей его поверхности покрыто маслянистой пленкой, которая снижает испарение, угнетает развитие планктона, ограничивает взаимодействие Океана с атмосферой. Больше всего загрязнен нефтью Атлантический океан.

Загрязнение атмосферы происходит в результате работы промышленности, транспорта, а также различных топок, которые в совокупности ежегодно выбрасывают «на ветер» миллиарды тонн твердых и газообразных частиц. Основные загрязнители атмосферы – окись углерода (CO) и сернистый газ (SO₂), образующиеся, прежде всего, при сжигании минерального топлива, а также оксиды серы, азота, фосфора, свинец, ртуть, алюминий и другие металлы.

Особую проблему создает увеличение выбросов в атмосферу диоксида углерода (CO₂). Если в середине XX в. Во всем мире эмиссия CO₂ составляла примерно 6 млрд. тонн, то в конце века она превысила 25 млрд. тонн. Такие выбросы угрожают человечеству так называемым парниковым эффектом и глобальным потеплением климата. А растущая эмиссия хлорфторуглеродов (фреонов) уже привела к образованию огромных «озоновых дыр» и частичному разрушению «озонового барьера».

Природные факторы влияют на формирование общественного здоровья как непосредственно, так и косвенно через прочие факторы риска. Тяжелые металлы (ртуть, свинец, кадмий и др.), загрязняющие воду и почву, приводят не только к заболеваниям, но и воздействуют на хромосомные связи в организме, которые могут привести к нарушению памяти и способностей к обучению. Эти и другие загрязняющие вещества, имеющие способность проникать во все ткани и органы живого организма, в том числе и в человеческий мозг, вызывают сильнейшие расстройства нервной системы, что ведет к росту частоты психозов и суицидов. Ухудшение экологической обстановки может также способствовать развитию алкоголизма, наркомании и других вредных привычек.

Медицинские факторы

Среди медицинских факторов, оказывающих влияние на формирование общественного здоровья, особую роль играют следующие: эффективность системы здравоохранения, доступность медицинской помощи, качество медицинской помощи, развитие медицинской науки, квалификация медицинских кадров.

Эффективность системы здравоохранения

Эффективность системы здравоохранения определяется по соотношению затрат и полученного эффекта. При этом не всегда большие затраты коррелируют с получаемым медицинским, социальным и экономическим эффектом.

В современном мире отмечается рост расходов на здравоохранение, выражающийся в его увеличении на 1% ВВП каждое десятилетие. На постоянный рост средств, необходимых для здравоохранения, влияют следующие факторы:

- демографические: снижение рождаемости, старение населения;
- рост реального объема медицинских услуг;
- внедрение новых, более дорогих медицинских технологий и медикаментов;
- инфляция (особенно интенсивная в сфере медицинского обслуживания);
- расширение прав пациентов, повышение заинтересованности граждан в собственном здоровье;
- стремление медицинского персонала, работающего в условиях оплаты труда, зависящей от объема выполненной работы, к назначению дорогостоящих лекарств, не всегда целесообразных дорогостоящих операций и процедур;
- расширение бюрократического аппарата в системе здравоохранения;
- прямая утечка средств и их использование не по назначению;
- применение в здравоохранении высокочрезвычайных и малоэффективных технологий, в том числе управленческих.

В развитых странах государство тратит на систему здравоохранения порядка 7% валового внутреннего продукта. Помимо государства в свое здоровье вкладывает средства и население – платежами из своего кармана. И размеры такого совокупного финансирования здравоохранения государством и частными лицами существенно отличаются в разных странах. Больше всего – 15% валового внутреннего продукта на здоровье тратят американцы, страны Евросоюза – от 8 до 11%. В Республике Беларусь совместные траты государства и населения на здравоохранение составляют не более 7% валового внутреннего продукта.

При этом следует принимать во внимание, что оценка эффективности системы здравоохранения должна основываться не только и не столько на экономических категориях, сколько на комплексной оценке, включающей анализ как экономической, так и медицинской, и социальной эффективности.

Медицинская эффективность – это степень достижения медицинского результата. В отношении одного конкретного больного это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне учреждений здравоохранения и отрасли в целом медицинская эффективность измеряется специальными индикаторами (например, снижение послеоперационной летальности, уменьшение случаев перехода заболевания в хроническую форму, увеличение сроков выживаемости пациентов с онкологическими заболеваниями и др.).

Социальная эффективность – это степень достижения социального результата. В отношении конкретного больного – это возвращение его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью. На уровне всей отрасли – это увеличение продолжительности предстоящей жизни населения, снижение уровня показателей смертности и инвалидности, удовлетворенность общества в целом системой оказания медицинской помощи.

Доступность медицинской помощи

Доступность медицинской помощи – один из ключевых факторов, оказывающих влияние на формирование показателей общественного здоровья. Конституция Республики Беларусь закрепляет основополагающий принцип здравоохранения, доступность медицинской помощи, и предопределяет нормы правового регулирования в области охраны здоровья населения по его реализации [25]. В статье 45 гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания. В Законе Республики Беларусь "О здравоохранении" доступность медицинской помощи определяется как важнейшая составляющая государственной политики в области охраны здоровья населения [26].

Практическая реализация принципа доступности медицинской помощи осуществляется в соответствии с Законом Республики Беларусь от 11 ноября 1999 г. № 322-З «О государственных минимальных социальных стандартах» [27] и Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 29 марта 2016 г. № 259 «О некоторых вопросах государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения» [28].

Значимость доступности медицинской помощи в формировании общественного здоровья убедительно демонстрируется при сравнительном анализе показателей здоровья сельских и городских жителей. О более низкой доступности медицинской помощи на селе свидетельствует тот факт, что число

посещений сельских жителей по поводу заболеваний на селе значительно ниже, чем в городе. При этом доля пациентов с запущенными формами онкологических заболеваний и туберкулеза на селе значительно выше среднереспубликанского показателя. Это связано с несвоевременным обращением за медицинской помощью и диагностикой заболеваний на более поздних стадиях.

Качество оказания медицинской помощи

Под качеством медицинской помощи обычно понимается совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки. Иными словами, качественная медицинская помощь – это своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов, стандартов оказания медицинской помощи, клинических протоколов, условиям договора или обычно предъявляемым требованиям.

Одна из ключевых задач здравоохранения в Республики Беларусь определяется как создание целостной системы управления качеством медицинской помощи на всех уровнях ее оказания.

Качество оказываемой медицинской помощи напрямую связано с грамотной организацией процесса управления. Управление процессом обеспечения качества медицинской помощи является прикладной дисциплиной общей теории управления здравоохранением.

Для организаторов здравоохранения качество – это результат деятельности, направленной на создание таких условий оказания медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные государством гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения полученной помощью.

Наиболее распространенным в оценке качества оказания медицинской помощи является подход А. Donabedian, предложившего рассматривать три основных компонента, в целом характеризующие качество в системе здравоохранения:

качество структуры (организационно-техническое качество ресурсов: здания, сооружения, оборудование, материалы, кадры);

качество процесса (технологии, профилактика, диагностика, лечение, соблюдение стандартов);

качество результата (достижение принятых клинических показателей и соотнесение их с экономическими показателями).

Наиболее эффективным механизмом, обеспечивающим качество оказания медицинской помощи и защиту прав пациентов, является использование медицинских стандартов в сфере медицинских услуг как нормативного и ресурсосберегающего инструмента. Стандарты выступают в качестве важнейшего научно обоснованного инструмента, позволяющего принимать решения об общедоступности или ограничении доступности тех или иных медицинских вмешательств. В экономически развитых странах созданы соответствующие отраслевые нормативно-правовая база и организационные структуры, обеспечивающие деятельность учреждений здравоохранения и медицинских работников в рамках профессиональных стандартов и доказательной медицины [29].

В конечном итоге системная стандартизация в сфере здравоохранения направлена на создание и совершенствование нормативного регулирования отрасли, обеспечивающего доступность и гарантию высокого качества медицинской помощи по следующим основным направлениям стандартизации: медицинские технологии; санитарно-гигиенические технологии; образовательные стандарты; организационные и управленческие технологии; информационные технологии; технологии обращения лекарств; технологии, регламентирующие вопросы метрологии и медицинской техники.

Обязательным условием и основным механизмом обеспечения и контроля качества медицинской помощи является экспертиза, которая проводится на различных уровнях системы здравоохранения и регламентируется специальными нормативно-правовыми актами. Любая экспертиза направлена на исключение или выявление врачебной ошибки и дефектов оказания медицинской помощи.

Анализ дефектов КМП обязателен как с точки зрения расследования их причин, так и в связи с необходимостью внедрения в практику страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Согласно данным международной статистики, к наиболее существенным причинам дефектов работы врачей относят недостаточную квалификацию медицинских работников – 24,7%, неполноценное обследование пациентов – 14,7%, невнимательное отношение к пациенту – 14,1%, недостатки в организации лечебного процесса – 13,8%, недооценку тяжести состояния пациента – 2,6%. По данным международной судебной практики, дефекты организации медицинской помощи составляют не менее 20% всех дефектов медицинской помощи. По данным Американской ассоциации врачей, ежегодно в США по вине медицинских работников умирают более 200 тыс. человек. Приблизительно такое же количество людей умирает от неправильного назначения или побочных действий лекарств. От 3 до 5% поступлений боль-

ных в стационары вызвано побочными эффектами лекарств, что в десятки раз больше, чем вследствие ошибок врачей-хирургов. В России, по мнению экспертов, каждый третий диагноз ставится неверно.

Экспертиза КМП проводится путем выявления дефектов ее оказания, для доказательства которых изучается, прежде всего, лицензионная деятельность учреждения и соблюдение стандартов оказания медицинской помощи. Основные методы экспертизы – изучение мнения коллег-экспертов и сравнение медицинской деятельности учреждения с мировой практикой с использованием индикаторов качества оценки правильности действий медицинского персонала.

Целесообразно выделять три основных звена системы экспертизы и контроля качества медицинской помощи: со стороны производителя медицинских услуг (внутренний контроль качества); со стороны потребителя медицинских услуг (потребительский контроль качества); со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг (внешний контроль качества).

Ведомственная экспертиза и контроль качества медицинской помощи осуществляются в плановом порядке по распоряжению вышестоящих должностных лиц. Ведомственный контроль качества и эффективности медицинской помощи – основной вид контроля, наиболее приближенный к исполнителям медицинских услуг. Его результаты сопоставляются с данными вневедомственной экспертизы. Показатели качества и эффективности медицинской помощи могут использоваться для дифференцированной оплаты труда медработников.

Вневедомственная экспертиза и контроль качества медицинской помощи осуществляются на основе оценки ресурсных и кадровых возможностей лечебно-профилактических организаций, применяемых в учреждении технологий, а также показателей объемов и результатов деятельности. Деятельность по экспертизе качества и объемов медицинской помощи в разных странах осуществляется по инициативе любого участника гражданско-правовых отношений (лицензионно-аккредитационных комиссий, страховых медицинских организаций, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страхователей, профессиональных медицинских ассоциаций, обществ (ассоциаций) защиты прав потребителей и др.).

В Беларуси пересматриваются подходы к оценке качества оказания медицинской помощи. Этот процесс поэтапный, в его основе лежит создание новой организационной вертикали, что определено программой деятельности правительства на 2018-2020 годы.

Квалификация медицинских кадров

Кадровая политика является приоритетным направлением деятельности Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Подготовка специалистов отрасли здравоохранения осуществляется на основе современных образовательных технологий высшего и среднего медицинского образования в сочетании с высокотехнологичными методами практической медицины, что позволяет им быть конкурентоспособными и мобильными на мировом рынке труда.

Повышение качества подготовки высококвалифицированных специалистов в медицинских учреждениях образования республики основывается на обновлении структуры и содержания медицинского образования, учебных программ, повышении их качества, адаптации их к высокотехнологичным и наукоемким образовательным требованиям и потребностям практического здравоохранения, а также на разработке методического обеспечения и создании необходимых условий для самостоятельной работы студентов и учащихся, внедрении дистанционного обучения и иных инновационных технологий и методик в образовательном процессе, оптимизации объемов теоретической и практической подготовки в медицинских учреждениях образования, постоянном повышении квалификации профессорско-преподавательского состава, укреплении материально-технической базы медицинских учреждений образования.

Высшее медицинское образование

Подготовку специалистов с высшим медицинским образованием в Республике Беларусь осуществляют 4 медицинских университета: УО «Белорусский государственный медицинский университет», УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», УО «Гомельский государственный медицинский университет», УО «Гродненский государственный медицинский университет».

После получения высшего медицинского образования по специальностям 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 02 «Педиатрия», 1-79 01 03 «Медико-профилактическое дело», 1-79 01 04 «Медико-диагностическое дело», 1-79 01 05 «Медико-психологическое дело», 1-79 01 07 «Стоматология» присваивается квалификация «врач».

Обучение в медицинских университетах республики ведется с учетом достижений современной науки и техники, в условиях тесной интеграции учебного процесса с научной, практической деятельностью студентов и преподавателей. С этой целью в вузах созданы научно-исследовательские лаборатории, учебно-производственные и исследовательские предприятия.

Обязательным этапом подготовки будущих врачей-специалистов является обучение в интернатуре. Обучение в интернатуре осуществляется по 33 медицинским специальностям. Лица, претендующие на занятие должностей врачей-специалистов, провизоров-специалистов, должны пройти интернатуру, успешно сдать квалификационный экзамен с присвоением квалификации врача-специалиста, провизора. После получения сертификата о прохождении интернатуры выпускники могут приступать к самостоятельной практической деятельности.

Как правило, прохождение интернатуры осуществляется с 1 августа по 31 июля текущего года, а по специальностям «Бактериология», «Валеология», «Общая гигиена», «Санитарно-гигиенические лабораторные исследования», «Эпидемиология» с 1 августа по 31 декабря текущего года.

Среднее специальное медицинское образование

Среднее специальное медицинское – уровень основного образования, направленный на развитие личности учащегося, получение им специальной теоретической и практической подготовки, завершающийся присвоением квалификации специалиста со средним специальным медицинским образованием.

Подготовка специалистов со средним специальным медицинским образованием осуществляется в 16 медицинских колледжах республики. Учредителями колледжей являются областные исполнительные комитеты, органами государственного управления – главные управления здравоохранения облисполкомов. Учреждения образования «Белорусский государственный медицинский колледж» и «Минский государственный медицинский колледж» являются коммунальной собственностью г. Минска и находятся в подчиненности комитету по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета.

Обучение в медицинском колледже отличается практикоориентированностью приобретаемых знаний и умений, достаточной профессиональной подготовкой.

Подготовка специалистов осуществляется по 6 медицинским специальностям: 2-79 01 01 «Лечебное дело»; 2-79 01 03 «Медико-профилактическое дело»; 2-79 01 04 «Медико-диагностическое дело»; 2-79 01 31 «Сестринское дело»; 2-79 01 33 «Зубопротезное дело»; 2-79 01 34 «Лечебный массаж».

Дополнительное медицинское образование взрослых

Система дополнительного медицинского образования взрослых пред-

ставляет собой совокупность взаимодействующих компонентов, направленных на формирование профессиональных медицинских компетенций путем реализации образовательных программ переподготовки, повышения квалификации, стажировки, клинической ординатуры и иных программ дополнительного образования взрослых, предусмотренных Кодексом Республики Беларусь об образовании и Законом Республики Беларусь «О здравоохранении».

В Республике Беларусь реализуются следующие образовательные программы дополнительного медицинского образования взрослых:

переподготовка руководящих работников и специалистов, имеющих высшее и/или среднее специальное медицинское образование, по профилю «Здравоохранение»;

повышение квалификации специалистов с высшим (средним специальным) медицинским образованием;

профессиональная подготовка врачей-специалистов в клинической ординатуре;

стажировка руководящих работников и специалистов, занятых профессиональной медицинской деятельностью;

обучающие курсы в определенной сфере профессиональной медицинской деятельности.

Переподготовка руководящих работников и специалистов, имеющих высшее медицинское образование, осуществляется по 84 специальностям, имеющих среднее специальное медицинское образование – по 11 специальностям ОКРБ 011-2009.

Переподготовка может осуществляться как в дневной, так и в заочной форме на базе имеющегося у слушателей высшего медицинского образования или среднего специального медицинского образования.

Продолжительность переподготовки специалистов с высшим медицинским образованием в очной (дневной) форме получения образования составляют 4 месяца, в заочной – 1 год по специальности «Организация здравоохранения», 1 год 8 месяцев по специальности «Медицинская психология».

Образовательные программы переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих высшее медицинское образование, реализуются в государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» и четырех учреждениях образования: «Белорусский государственный медицинский университет»; «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»; «Гомельский государственный медицинский университет»; «Гродненский государственный медицинский университет»).

Ведущим учреждением дополнительного образования взрослых в сфере образования по профилю «Здравоохранение» и направлению образования «Медицинская и фармацевтическая деятельность на основе последиplomного образования» является государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последиplomного образования».

Продолжительность переподготовки специалистов со средним специальным медицинским образованием в очной (дневной) форме получения образования составляет 3 месяца, по специальности «Рентгенология» – 4 месяца.

Образовательные программы переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих среднее специальное образование, осуществляется в ГУО «Барановичский центр повышения квалификации руководящих работников и специалистов» и на отделениях повышения квалификации и переподготовки в 14 медицинских колледжах.

Повышение квалификации специалистов с высшим медицинским образованием осуществляется более чем по 11050 тематикам в очной (дневной) форме получения образования и составляет от 40 до 160 часов.

Повышение квалификации специалистов со средним специальным медицинским образованием осуществляется более чем по 160 тематикам в очной (дневной) форме получения образования и составляет от 40 и 80 часов соответственно.

Образовательные программы повышения квалификации руководящих работников и специалистов, имеющих высшее медицинское образование, реализуются в государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последиplomного образования», четырех медицинских университетах, государственном учреждении «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника» и 11 республиканских научно-практических центрах: «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии», «Республиканский научно-практический центр детской хирургии», «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»», «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»», «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии», «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. А.А. Александрова», «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии», «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», «Республиканский научно-практический центр радиаци-

онной медицины и экологии человека», «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии».

Образовательные программы повышения квалификации руководящих работников и специалистов, имеющих среднее специальное медицинское образование, реализуются в ГУО «Барановичский центр повышения квалификации руководящих работников и специалистов» и на отделениях повышения квалификации и переподготовки в 14 медицинских колледжах.

Высшей формой повышения профессиональной подготовки врачей-специалистов, основанной на принципе индивидуального обучения, в целях углубления профессиональных знаний и совершенствования профессиональных навыков, освоения передовых медицинских технологий, решения задач кадрового обеспечения здравоохранения является клиническая ординатура.

Подготовка врачей-специалистов в клинической ординатуре осуществляется на клинических кафедрах учреждений медицинского образования, а также в профильных республиканских научно-практических центрах в очной и заочной форме. Спектр специальностей подготовки определяется перспективными потребностями здравоохранения в специалистах определенных специальностей. В республике реализуются программы подготовки в клинической ординатуре по 38-ми специальностям.

Развитие медицинской науки

Современные экономические условия диктуют необходимость ускорения процесса внедрения результатов фундаментальных и поисковых исследований в медицине в практическое здравоохранение [30]. Тенденцией, наметившейся в последние десятилетия в развитых странах, является фактическое стирание временной грани между фундаментальными и прикладными исследованиями. Путь от открытия до практики становится предельно коротким.

Приоритетными направлениями научной деятельности в области медицины в Республике Беларусь являются: трансплантация органов и тканей; технологии профилактики, диагностики и лечения заболеваний; реабилитационные технологии; гигиеническая оценка и нормирование факторов среды обитания, минимизация рисков для здоровья человека.

В настоящее время научную, научно-техническую и инновационную деятельность в системе здравоохранения осуществляют 4 медицинских университета, Белорусская академия последипломного образования и 17 республиканских научно-практических центров.

Существующая структура отраслевой науки позволяет не только разрабатывать, апробировать новые медицинские технологии, но и оперативно

внедрять их в практическое здравоохранение. Это достигается благодаря тому, что клинические кафедры медицинских университетов и Белорусской медицинской академии последиplomного образования находятся на клинических базах организаций здравоохранения и большинство республиканских научно-практических центров имеют в своей структуре клинические подразделения.

Одним из важнейших направлений инновационной политики Республики Беларусь является развитие международного сотрудничества в научной и научно-технической сферах. Способность обмениваться достижениями в области научно-технического прогресса большинством стран расценивается не менее высоко, чем способность генерировать их. География международного сотрудничества ученых медиков республики постоянно расширяется. Это проявляется постоянным ростом числа публикаций, включающих результаты совместных международных исследований, участием белорусских ученых в международных форумах, активным экспонированием научной продукции на международных выставках, а также расширением сотрудничества в области медицинского образования и повышения квалификации.

Многие программы научных исследований выполняются при участии и поддержке международных организаций, в том числе Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Седьмой рамочной программы, Всемирного банка, а также агентствами ООН (ПРООН, ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНФПА) и др.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вишняков, Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение : учебн. для студентов / Н.И.Вишняков, О.А.Гусев, Л.В.Кочорова, Е.Н.Пенюгина, С.Н.Пузин. – 9-е изд. ; испр. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 880 с.
2. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд. ; перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544 с.
3. Общественное здоровье и методы его изучения : учеб.-метод. пособие ; в 2 ч. Ч. 2. Общественное здоровье / Н.Н. Пилипцевич, И.Н. Мороз, Л.П. Плахотя. – Минск : БГМУ, 2008. – 104 с.
4. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – 2-е изд. ; испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с. : ил.
5. Вялков, А.И. Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг / А.И. Вялков, И.А. Гундаров, В.А. Полесский // Проблемы управления здравоохранением, 2006. – № 1. – С. 5–9.
6. Гален, К. О назначении частей человеческого тела / К. Гален. – М., 1971. – 555 с.
7. Устав ВОЗ // Основные документы ВОЗ: 36-е изд. Женева, 1986. – С. 5-26.
8. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров [и др.] ; под ред. Б.Б. Прохорова. – М. : МАКС Пресс, 2007. – 288 с.
9. Управление и экономика здравоохранения : учеб. пособие / А.И. Вялков [и др.] ; под ред. А.И. Вялкова. – 3-е изд., доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 664 с. : ил.
10. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения : в 2 томах / под ред. Ю.П.Лисицына. – М. Медицина, 1987. – Т. 1. – 432 с. : ил.
11. Решетников, А.В. Социология медицины: руководство / А.В. Решетников. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 864 с. : ил.
12. Недоспасова, О.П. Социально-экономический статус человека как один из факторов формирования его здоровья / О.П. Недоспасова, И.П. Шибалков // АНИ: экономика и управление, 2017. – Т. 6. – № 1 (18).
13. Синельников, А. Б. Влияние семейного и демографического статуса на состояние здоровья и его самооценку / А.Б. Синельников // Социальные аспекты здоровья населения (электронный журнал), 2012. – № 6 (28). –

С. 1–29. – URL : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/443/30/lang.ru/> : дата доступа 13.02.2020.

14. Здоровая окружающая среда – здоровые люди. Всемирная организация здравоохранения, 2018. – 54 с.

15. Труд и здоровье / Н.Ф. Измеров, И.В. Бухтияров, Л.В. Прокопенко, Н.И. Измерова, Л.П. Кузьмина. – М. : Литтерра, 2014. – 416 с.

16. Зинченко, Ю.П. Психологическое здоровье и профессиональная самореализация руководителя / Ю.П. Зинченко, И.С. Бусыгина // Национальный психологический журнал, 2013. – № 1 (9). – С. 89–95.

17. Thomeer, M.B. Marital Processes around Depression: a Gendered and Relational Perspective / M.B. Thomeer, D. Umberson, T. Pudrovska // Society and Mental Health, 2013. – № 3 (3). – P.151–169.

18. Анисимов, В.Н. Стареет ли нобелевский лауреат? Математический анализ возраста и продолжительности жизни лауреатов нобелевской премии за 1901–2003 гг. / В.Н. Анисимов, А.И. Михальский // Успехи геронтологии, 2004. – № 15. – С.89–95.

19. Educational attainment but not measures of current socioeconomic circumstances are associated with leukocyte telomere length in healthy older men and women / ed.: A. Steptoe [et al.] // Brain, Behavior, and Immunity., 2011. – Vol. 25. – P.1292–1298.

20. Pijoan-Mas, J. Heterogeneity in Expected Longevities / J. Pijoan-Mas, J.V. Ríos-Rull // Federal Reserve Bank of Minneapolis Research Department/ – Staff Report 471, August 2012. – 38 p.

21. Русинова, Н.Л. Здоровье в странах Европы: статусные неравенства и влияние социального капитала / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // Социологический журнал, 2015. – Том. 21. – № 4. – С. 34–60.

22. Rose, R. How Much does Social Capital Add to Individual Health? / R. Rose // A Survey Study of Russians, Social Science and Medicine, 2000. – № 51 (9). – P. 1421–1435.

23. Беляева, В.А. Влияние метеофакторов на частоту повышения артериального давления / В.А. Беляева // Анализ риска здоровью, 2016. – № 4. – С.17–22.

24. Гильмундинов, В.М. Оценка влияния экологического фактора на ухудшение общественного здоровья / В.М. Гильмундинов, Л.К. Казанцева, Т.О. Тагаева // Мир экономики и управления, 2013. – Т.13. – № 3. – С. 39–48.

25. Конституция Республики Беларусь : с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

26. О здравоохранении : [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. N 2435-XII: в ред. от 21.10.2016 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

27. О государственных минимальных социальных стандартах : [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 11 ноября 1999 г. N 322-3: в ред. от 24.12.2015 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

28. О некоторых вопросах государственных медицинских стандартов в области здравоохранения : [Электронный ресурс] : Пост. Сов. Мин. Респ. Беларусь от 29 марта 2016 г. // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

29. Шарабчиев, Ю.Т. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю.Т. Шарабчиев, Т.В. Дудина // Клиническая практика и здоровье, 2013. – № 4. – С.16-34.

30. Малашко, В.А. Год науки: важнейшие достижения белорусских ученых-медиков / В.А. Малашко // Новости науки и технологий, 2017. – № 4 (43). – С.13–20.

Учебное издание

Калинина Татьяна Владленовна

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 18.03.2020. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,06. Уч.- изд. л. 1,57. Тираж 100 экз. Заказ 69.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

