

На правах рукописи

Алексеевко Сергей Николаевич

**СИСТЕМА ОБУЧЕНИЯ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В
МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
доктора медицинских наук

Москва, 2013

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор,
академик РАМН

Стародубов Владимир Иванович

официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор,
главный научный сотрудник отделения
медико-социальных проблем ФГБУ «ЦНИИОИЗ»

Скворцова Елена Сергеевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой общественного
здравоохранения и профилактической медицины
факультета управления и экономики здравоохранения
ГБОУ ВПО «1-й МГМУ им. И.М. Сеченова»
Минздрава России

Сырцова Людмила Ефимовна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий отделением медицинской профилактики
ГКБ № 68 Департамента здравоохранения г. Москвы

Евдаков Валериан Алексеевич

Защита состоится «29» ноября 2013 г. в 10 часов на заседании
Диссертационного Совета Д 208.110.01 федерального государственного
учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и
информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской
Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, г.
Москва, ул. Добролюбова, д. 11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11

Автореферат разослан «___» _____ 2013 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

Сабгайда Т.П.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Ситуация в области профилактики неинфекционных заболеваний требует развития принципиально новых направлений в организации оказания медицинской помощи. Сегодня профилактика рассматривается как активный метод укрепления и сохранения здоровья населения, четко определены стратегия и задачи; сложились организационные формы. Однако ее вклад в сохранение здоровья населения все еще незначителен, и это подтверждается сохраняющимся высоким уровнем заболеваемости и смертности населения Российской Федерации, в первую очередь трудоспособного, от предотвратимых причин.

Существующая организационная система медицинской профилактики, включающая Центры (отделения, кабинеты) медицинской профилактики, Центры здоровья и начавшаяся с января 2013 г. диспансеризация отдельных групп населения не в состоянии обеспечить выполнение всех необходимых профилактических мероприятий в силу недостаточности кадровых ресурсов и финансирования.

В то же время важность укрепления и сохранения здоровья настолько велика, что данная проблема стала одной из главных государственных задач и нашла отражение в таких документах как Приоритетный национальный проект «Здоровье», Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года, а также в основных положениях Федерального Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Следует отметить, что для достижения поставленных целей в программных документах, усилий только федеральных властей, явно недостаточно, только с привлечением врачей всех специальностей, работающих во всех типах медицинских организаций, возможно переломить сложившиеся негативные тенденции в состоянии здоровья населения. Однако уровень профессиональных знаний медицинских работников в области профилактики заболеваний и формирования здоровья, остается на низком уровне, в т.ч. и из-за того, что не является специальной задачей обучения в медицинском ВУЗе.

Для современного состояния высшего профессионального образования характерны автономность ВУЗов и усиление тенденции к децентрализации государственного управления и регулирования высшего образования, в связи с этим Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования (ГОСВПО), введенный в действие в 1994 г., позволяет изменить методы и содержание обучения. Это дает возможность медицинским высшим образовательным организациям улучшить качество профессионального образования за счет внедрения профилактики в процесс обучения. В этих условиях изучение теоретических основ и получение практических навыков в области профилактики неинфекционных заболеваний должны рассматриваться как одно из важных и относительно самостоятельных звеньев профессионального образования в медицинском ВУЗе.

Реализации стратегии здорового образа жизни (ЗОЖ) посвящены многочисленные работы: Чазов Е.И., 1997; Денисов И.Н., 1995; Поздняков Ю.М. и соавт., 2003; Хальфин Р.А., Какорина Е.П., 2003; Квасов С.Е., Изуткин Д.А. 1990, Евдаков В.А.1994, 1995; Соболева Н.П. 1998; 2008; Сырцова Л.Е., 2000; Стародубов В.И. и соавт. 2000 - 2005, 2012; Оганов Р.Г. и соавт.2001; Михайлова Ю.В. и соавт., 2000, 2009; Коровина И.В., 2005; Амлаев К.Р., 2010; и др. Значительный вклад в развитие стратегии здорового образа жизни сделаны Европейским регионом ВОЗ и зарубежными авторами, в частности Финляндии, опыт которых нашел широкое распространение.

Однако в сложившейся ситуации в системе здравоохранения необходима переориентация врачебной деятельности с лечебной на профилактическую. Что касается профессионального образования, то, несмотря на попытки внедрения в отдельных ВУЗах данного направления, в полном объеме цельный, интегрированный, многоэтапный, научно-обоснованный проект профилактического направления обучения в ВУЗе нигде не реализован.

В связи с этим актуальной является проблема преподавания основ профилактики и здорового образа жизни на до - и постдипломном уровнях обучения в медицинском ВУЗе.

Целью диссертационной работы является разработка, научное обоснование и внедрение системы до- и постдипломного обучения профилактике заболеваний, укреплению и сохранению здоровья в медицинском ВУЗе.

Задачи:

1. Проанализировать состояние здоровья населения Краснодарского края за 2007-2011 гг.
2. Дать характеристику медицинских факторов, оказывающих влияние на показатели здоровья населения (ресурсное обеспечение, профилактическая помощь).
3. Оценить качество оказания медицинской профилактической помощи по результатам социологического опроса.
4. Определить уровень знаний врачей по вопросам профилактики заболеваний на примере болезней системы кровообращения и использование профилактических методов в работе с пациентами для укрепления, в том числе и личного, здоровья.
5. Изучить отношение студентов медицинского ВУЗа к здоровому образу жизни.
6. Разработать и внедрить в обучение в Кубанском государственном медицинском университете систему подготовки студентов и ординаторов в области профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья.

Методы исследования: социологический; статистический; аналитический; монографический; метод функционального моделирования; контент-анализ.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- выполнено комплексное широкомасштабное социально-гигиеническое исследование, методологическую основу которого составил системный подход к необходимости совершенствования профилактической помощи населению через повышение уровня знаний студентов и врачей в этой области;

- разработана концептуальная модель обучения и концепции системы дифференцированного подхода к обучению в медицинском ВУЗе в области профилактики заболеваний и ЗОЖ;

- разработаны принципы и механизм организации обучения студентов и ординаторов медицинского ВУЗа в области профилактики заболеваний и формирования здоровья;
- сформулированы общие требования к уровню профессионального образования в области формирования здорового образа жизни;
- обоснована концептуальная модель ВУЗа как открытой системы здорового образа жизни;
- разработана Программа формирования приверженности к здоровому образу жизни среди студентов и профессорско-преподавательского состава ВУЗа;
- обосновано открытие в медицинском ВУЗе кафедры «Профилактика заболеваний, укрепление и сохранение здоровья».

Практическая значимость результатов исследования позволили:

- определить приоритетные направления на додипломном обучении студентов и послевузовском профессиональном образовании в клинической ординатуре по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни;
- обеспечить этапность в получении знаний в области медицинской профилактики по различным специальностям по мере изучения предметов в ВУЗе;
- создать в Кубанском университете для студентов Интерструктуру по формированию здорового образа жизни и диспансеризации здоровых (Центр здоровья, общественный комитет из преподавателей и студентов);
- обеспечить максимальную возможность научного и методического сопровождения деятельности по формированию ЗОЖ через систематизирование занятий физической культурой и спортом;
- создать постоянно действующую систему информирования и обучения студентов и профессорско-преподавательского состава по вопросам сохранения и укрепления здоровья, включая создание постоянно действующего Интернет-ресурса по формированию ЗОЖ.
- открыть кафедру «Профилактика заболеваний, укрепления и сохранения здоровья» в КубГМУ;

- возможность использования полученных автором результатов при формировании политики в сфере образования в области профилактики заболеваний и ЗОЖ в медицинских ВУЗах.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно разработана программа и план исследования, определены этапы и тактика проведения исследований, проведен аналитический обзор литературы и нормативных актов, регламентирующих вопросы профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ. Автор принимал участие в разработке трех анкет по изучению удовлетворенности качеством медицинской помощи в муниципальных образованиях; анкет для врачей по выявлению знаний в области профилактики БСК и отношению студентов к ЗОЖ. Автор самостоятельно собрал первичный материал, провел статистическую обработку первичного материала и его анализ, а также обобщение полученных данных, их теоретическое осмысление; принимал участие в разработке двух Концепций по совершенствованию обучения студентов и клинических ординаторов в области профилактики и формирования ЗОЖ и Концепции по укреплению здоровья студентов и профессорско-преподавательского состава университета.

Положения, выносимые на защиту:

1. Результаты анализа уровня знаний врачей в области профилактики болезней системы кровообращения в зависимости от профессиональной деятельности и использование их для укрепления личного здоровья.
2. Ценностно-мотивационные приоритеты студентов медицинского ВУЗа в отношении здорового образа жизни.
3. Алгоритм и принципы концептуального подхода к обучению на додипломном и послевузовском уровнях образования в области профилактики.
4. Обоснование организационного обеспечения системы обучения в области профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни в медицинском ВУЗе.

Апробация результатов исследования:

Материалы диссертационной работы доложены на апробационном Совете ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Основные положения диссертации представлены и обсуждены на: Коллегии Министерства здравоохранения Краснодарского края; Научно-практической конференции «Экологическая наука и безопасность, просвещение и воспитание» (Краснодар, 02.11.2011 г.); VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье населения – основа процветания России» (Анапа, 26-27 апреля 2011 г.); III Общероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование 2012» (Москва, 4-6 апреля 2012 г.); VII Научно-практической конференции Южного Федерального округа с международным участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии» (Краснодар, 17-18 мая 2012 г.); Международной научно-практической конференции «Здоровье и медицина для всех возрастов» (Курск, 21-22 мая 2013г.); Научно-практической конференции с международным участием «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация 2013» (Москва, 3-4 апреля 2013 г.).

Внедрение результатов исследования:

Результаты исследования были использованы при подготовке: Государственных докладов «О состоянии здоровья населения Краснодарского края в 2008, 2009, 2010 годах». В практическое здравоохранение Краснодарского края внедрены методические рекомендации «Основные принципы профилактики заболеваний на уровне региона», утвержденные Министерством здравоохранения Краснодарского края.

На основании результатов исследования были разработаны и внедрены в учебный процесс Кубанского государственного медицинского университета: учебное пособие «Избранные вопросы медицины катастроф»; методическое пособие «Методические рекомендации по профилактике и коммунальной стоматологии»; методические рекомендации «Диспансеризация студентов»; «Учебные задания и ситуационные задачи по клиническим и организационным вопросам оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе»; Информационное письмо по заполнению «Паспорта акушерско-гинекологической службы»; изданы монографии: «Организационно-методическое обеспечение профилактики на уровне региона» и «Обучение в области профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ в медицинском ВУЗе».

На основании «Концепции обучения студентов профилактике заболеваний и формированию здоровья» разработаны и внедрены на кафедрах КГМУ Программы по обучению профилактике заболеваний (додипломный уровень), «Концепция послевузовского профессионального образования в клинической ординатуре по дисциплине «Формирование здорового образа жизни»». На основе разработанной «Концепции здорового образа жизни студентов Кубанского государственного медицинского университета» для укрепления здоровья студентов и профессорско-преподавательского состава организованы: Центр здоровья и кабинет медицинской профилактики, внедрены разработанные модули по формированию ЗОЖ. Для повышения эффективности и качества обучения студентов и ординаторов в университете, внедрен симуляционный метод. На уровне Ученого совета университета принято решение об открытии кафедры «Профилактика заболеваний, укрепления и сохранения здоровья» в Кубанском государственном медицинском университете с 1 сентября 2013 года.

Результаты исследования легли в основу организации при губернаторе края «Совета по вопросам охраны здоровья граждан и формированию здорового образа жизни населения», утвержденного Постановлением главы администрации Краснодарского края. В крае внедрены методические рекомендации «Основные принципы формирования здорового образа жизни на уровне субъекта Федерации» (2013).

Публикации: Основные результаты исследования отражены в 41 публикации, в том числе в изданиях, рекомендованных ВАК – 17, монографиях – 2, методическом пособии – 1 и методических рекомендациях – 3.

Структура диссертации. Работа изложена на 257 страницах машинописного текста, в соответствии с логикой цели и задач исследования состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций, иллюстрирована 25 рисунками, 52 таблицами, 12 схемами. Список использованной литературы включает 247 источников, из них 37 зарубежных.

Содержание работы

Во введении обоснована актуальность проблемы, сформулированы цель, задачи исследования, представлены научная новизна и практическая значимость работы, приведены основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Проблемы и тенденции обучения медицинских кадров в области профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни» проанализированы и обобщены данные современной отечественной и зарубежной литературы, посвященные развитию организационных форм обучения в области профилактики, роли медицинского ВУЗа и рекомендациям ВОЗ в этой области. Отмечено, что несмотря на определенные успехи в области развития профилактики, проблема обучения кадров остается нерешенной и по-прежнему актуальной.

Во второй главе «Методика, материалы и этапы исследования» изложены программа и методы исследования, дано описание базы исследования.

Объектами исследования являются организация медицинской профилактической помощи, уровень знаний врачей в области профилактики заболеваний и полнота их использования, приоритеты студентов в отношении здорового образа жизни и процесс накопления ими знаний в области профилактики заболеваний, мнение населения о качестве оказания профилактической медицинской помощи.

Предмет исследования – система формирования знаний в области профилактики и здорового образа жизни.

Единица наблюдения – пациент, студент, врач.

Методы исследования: социологический; статистический; аналитический; монографический; метод функционального моделирования; контент-анализ; ситуационный; динамических тенденций и развития явлений.

Исследование основывалось на принципах системного подхода и проводилось в несколько этапов; программа, методы исследования, объект и объем исследований представлены в таблице 1.

На заключительном этапе исследования был проведен анализ полученной информации путем оценки, сравнения, сопоставления данных, характеризующих объекты исследования. Конечным результатом анализа полученных и других данных стало обоснование концептуальных подходов и разработка научного обеспечения системы обучения студентов и ординаторов медицинского ВУЗа в области профилактики заболеваний.

Таблица 1
Основные этапы и задачи исследования

Задачи этапов исследования	Методы исследования	Объект исследования	Объем исследований
1. Проанализировать состояние здоровья населения Краснодарского края за 2007-2011 гг.	1. Статистический 2. Аналитический	Данные Краснодарского края и муниципальных образований	ф.12 за 2007-2011 гг.
2. Дать характеристику медицинских факторов, оказывающих влияние на показатели здоровья населения (ресурсное обеспечение, профилактическая помощь)	1. Статистический 2. Аналитический	1. Данные деятельности центров медицинской профилактики (ф.70) 2. Данные обученных в школах здоровья для пациентов (ф. 30) 3. Данные диспансеризации больных в МО (ф.12)	36 форм, период наблюдения: 2008-2011 гг. (сплошное исследование)
3. Оценить качество оказания медицинской профилактической помощи по результатам социологического опроса	Социологический	Анкетирование населения муниципальных образований	Пациенты стационаров (22940), поликлиник (26857), дневных стационаров (4554) из 44 муниципальных образований (сплошное исследование)
4. Определить уровень знаний врачей по вопросам профилактики заболеваний на примере болезней системы кровообращения и использование профилактических методов для укрепления личного здоровья	1. Социологический 2. Аналитический	Данные анкетирования врачей (стационаров, поликлиник), ординаторов и интернов	врачи - 253 интерны и ординаторы - 200 (выборочное исследование)
5. Изучить отношение студентов медицинского ВУЗа к здоровому образу жизни	1. Социологический 2. Аналитический	Данные анкетирования студентов	студенты (1134) (Выборочное исследование)
6. Разработать и внедрить в обучение в Кубанском государственном медицинском университете систему подготовки студентов и ординаторов в области профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья	1. Аналитический 2. Моделирования 3. Ситуационный 4. Системный анализ	Данные предыдущих глав	

Информационная база исследования представлена статистическими данными и результатами социологических опросов, в соответствии с разработанными анкетами. Источниками статистических данных были формы государственного статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и № 30 «Сведения о медицинской организации» по Российской Федерации, Южному Федеральному округу, Краснодарскому краю и его муниципальным образованиям за 2007 – 2011 гг. и форма ведомственного статистического наблюдения № 70 «Деятельность центров медицинской профилактики» по Краснодарскому краю за 2008 – 2011 гг.

Для социологических опросов использовались «Анкета пациента стационарного отделения», «Анкета пациента поликлиники» и «Анкета пациента дневного стационара»; «Анкета для врачей, используемая для опроса врачей стационаров, поликлиник и интернов и ординаторов»; «Анкета опроса студентов выпускного курса КубГМУ» для анкетирования студентов факультетов: лечебного, педиатрического, стоматологического и фармацевтического. Проведено добровольное анкетирование студентов КубГМУ 5-6 курсов лечебного и педиатрического факультетов с целью изучения их индивидуально – типологических свойств личности и оценки психологического статуса. Используются психологические опросники: «Оценка уровня общительности» (тест В.Ф.Ряховского), «Определение способности к эмпатии» (тест-опросник Л.М.Митиной), «Оценка стиля поведения в ситуации конфликта» (Опросник Т.Килмана), «Оценка уровня тревоги» (Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора), «Тест жизнестойкости» (методика С. Мадди). Для исследования отношения к здоровому образу жизни использовали опросник Дробот Е.В., «Определение пищевых привычек с оценкой «пищевых рисков» развития дислипидемий» (Н. Г. Киселевой), «Опросник, способствующий выявлению степени риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (Говарда), «Опросник для выявления признаков вегето-сосудистой дистонии» (А.М.Вейна).

Информационная база исследования представлена статистическими данными и результатами социологических опросов, в соответствии с разработанными анкетами. Источниками статистических данных были формы

государственного статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и № 30 «Сведения о медицинской организации» по Российской Федерации, Южному Федеральному округу, Краснодарскому краю и его муниципальным образованиям за 2007 – 2011 гг. и форма ведомственного статистического наблюдения № 70 «Деятельность центров медицинской профилактики» по Краснодарскому краю за 2008 – 2011 гг.

Для социологических опросов использовались «Анкета пациента стационарного отделения», «Анкета пациента поликлиники» и «Анкета пациента дневного стационара»; «Анкета для врачей, используемая для опроса врачей стационаров, поликлиник и интернов и ординаторов»; «Анкета опроса студентов выпускного курса КубГМУ» для анкетирования студентов факультетов: лечебного, педиатрического, стоматологического и фармацевтического. Проведено добровольное анкетирование студентов КубГМУ 5-6 курсов лечебного и педиатрического факультетов с целью изучения их индивидуально – типологических свойств личности и оценки психологического статуса. Используются психологические опросники: «Оценка уровня общительности» (тест В.Ф.Ряховского), «Определение способности к эмпатии» (тест-опросник Л.М.Митиной), «Оценка стиля поведения в ситуации конфликта» (Опросник Т.Килмана), «Оценка уровня тревоги» (Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора), «Тест жизнестойкости» (методика С. Мадди). Для исследования отношения к здоровому образу жизни использовали опросник Дробот Е.В., «Определение пищевых привычек с оценкой «пищевых рисков» развития дислипидемий» (Н. Г. Киселевой), «Опросник, способствующий выявлению степени риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (Говарда), «Опросник для выявления признаков вегето-сосудистой дистонии» (А.М.Вейна).

Базой настоящего исследования являлся **Краснодарский край**, по уровню социально-экономического развития относящийся к развитым аграрным регионам Черноземья и Юга России, являющийся крупнейшим по численности населения регионом России после Москвы и Московской области, в котором проживает более 5 млн. человек.

Социальные преимущества Краснодарского края выражаются во многих характеристиках: численность населения края почти стабильна благодаря устойчивому миграционному притоку, жители отличаются лучшим состоянием здоровья и более высокой продолжительностью жизни. В крае относительно невысокий уровень безработицы, население активно включено в неформальную занятость для повышения собственных доходов.

Социальные проблемы: сильное постарение населения, относительно низкие душевые денежные доходы из-за высокой доли сельских занятых; значительное число неквалифицированных рабочих мест в агросекторе; менее развитое высшее и среднее профессиональное образование.

Значительный рост городов края связан с интенсивным миграционным притоком. С 2006 г. численность населения края увеличилась на 138,2 тысяч жителей, и не только за счет миграционного прироста (207,6 тысяч), но и за счет сокращения естественной убыли населения на 69,4 тысячи человек. За последние 10 лет средний возраст живущих в крае увеличился на 1,3 года, что на 0,8 года выше, чем по РФ и на 2,4 года выше, чем по Южному федеральному округу. Возрастной состав населения края характеризуется существенной половой диспропорцией. соотношение численности мужчин и женщин составляет 46,4 и 53,6 %. Показатели рождаемости с 2005 г. по 2011г. увеличились с 10,3 до 12,2. Рост числа браков на 1000 населения опережает рост числа разводов, что на фоне снижения удельного веса рождения детей вне брака косвенно свидетельствует о наметившейся тенденции укрепления института семьи.

В период 2006-2011 гг. отмечалось сокращение разрыва между смертностью в сельской и городской местности, что может свидетельствовать о повышении доступности медицинской помощи и выравнивании социально-экономических условий в городе и на селе (рис. 1). Уровень обеспеченности населения врачами (по лечебно-профилактическим учреждениям Краснодарского края) недостаточный и в 2011 г. составил 37,3 на 10 тыс. населения.



Рис. 1. Общая смертность городского и сельского населения Краснодарского края (на 100 тыс. населения)

Кубанский государственный медицинский университет принимает непосредственное участие в создании современной модели здравоохранения в крае, начиная от первичной медико-санитарной помощи и заканчивая высокотехнологичными видами оказания медицинской помощи. Университет является одним из ведущих медицинских ВУЗов России. В нем обучается более 3500 российских студентов и около 300 граждан иностранных государств. По краевой целевой программе «Врачебные кадры для сельского здравоохранения» обучается 441 человек, в 2011 г. в рамках этой программы прием на обучение проводился не только по специальности Лечебное дело и Педиатрия, но и по специальности Медико-профилактическое дело, Фармация.

Основными направлениями повышения качества подготовки специалистов в ВУЗе выбраны следующие: приведение к единому государственному стандарту системы обучения на послевузовском и дополнительном уровнях профессионального образования; усиление контроля за проведением государственной аттестации обучающихся; внедрение современных методов обучения, в том числе на основе компьютерных технологий; создание расширенных возможностей овладения практическими навыками в специализированных центрах и на клинических базах; внедрение в практику обучения работы на компьютерных тренажерах и симуляторах проведения оперативных вмешательств.

Ежегодно на бюджетной форме обучения факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов повышают

свою квалификацию более 4,5 тыс. врачей края. На базе университета для врачей практического здравоохранения регулярно организуются семинары и лекции с привлечением зарубежных специалистов по новейшим медицинским технологиям лечения и профилактики заболеваний. Ежегодно организовываются стационарные и выездные циклы по востребованным разделам профессиональной деятельности и специальностям для врачей сельского здравоохранения (тематические усовершенствования, сертификационные циклы, общее усовершенствование). На обучение по программам послевузовского профессионального образования (в ординатуру) в 2011 году принято 352 человека (в 2010 году – 268 человек).

В третьей главе «Оценка факторов, влияющих на здоровье населения» дан анализ заболеваемости, мнения населения о медицинской помощи, обеспечения профилактической помощью населения Краснодарского края.

Анализ общей заболеваемости за период 2007–2011 гг. выявил выраженное снижение показателей в классах: Инфекционные болезни (-28,9%), Болезни кожи и подкожной клетчатки (-6,9%) и рост показателей в классах: Болезни уха и сосцевидного отростка - на 22,7%, Болезни эндокринной системы – на 22,8%, Новообразования – на 22,7%, Болезни органов дыхания – на 18,3%, Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – на 15,8%, Болезни системы кровообращения – на 12% (преимущественно за счет артериальной гипертензии, болезней сердца и цереброваскулярных заболеваний, уровень заболеваемости которыми ниже, чем средние показатели по Южному ФО, таблица 2).

Таблица 2
Структура ведущих болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)

Нозологии	Краснодарский край		Динамика прироста %	Южный Федеральный округ		Динамика прироста %
	2007	2011		2007	2011	
Артериальная гипертензия	6273,8	7112,4	+13,4	6851,5	8072,1	+17,8
Ишемическая болезнь сердца	4029,4	4349,2	+7,9	5015,0	5331,8	+6,3
Стенокардия	1882,2	1700,9	-9,9	1852,3	1901,0	+2,6
Цереброваскулярные болезни	3673,4	3770,5	+2,6	4543,9	4524,6	+0,4

Болезни органов дыхания по величине показателей заболеваемости занимают второе место, показатель увеличился на 18,3 %. На третьем месте стоят

болезни органов пищеварения, хотя за последние годы заболеваемость ими уменьшилась в крае на 17,5% (ЮФО – 14,1%). Снижение заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения (с 7092,8 до 5503,9) в первую очередь, произошло за счет снижения заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами, как в крае, так и в ЮФО.

Первичная заболеваемость в крае с 2008 по 2011 г.г. увеличилась на 1,2% (в целом по стране снизилась на 1,1%, в ЮФО – на 0,4%) за счет болезней уха и сосцевидного отростка (46,6%), новообразований (38,2%), болезней системы кровообращения (34,9%), болезней органов дыхания (21,0%) и болезней нервной системы (18,0%). Снижение заболеваемости отмечено в классах «Психические расстройства и расстройства поведения», «Болезни глаза и придаточного аппарата» и «Болезни кожи и подкожной клетчатки», показатели которых уменьшились на 62,9%, 0,1%, 14,4% соответственно.

Результаты анализа заболеваемости в динамике в муниципальных образованиях (МО) по данным статистических отчетов свидетельствуют о снижении общей заболеваемости в 20,0% МО, первичной – в 43,2%, несмотря на проводимые профилактические осмотры и дополнительную диспансеризацию (таблица 3).

Таблица 3

Динамика изменений заболеваемости с муниципальных образований в 2007-211 г.г (%)

Заболеваемость	Изменение уровня заболеваемости				
	Увеличение			Без изменений	Уменьшилась
	До 20,0	До 50,0	>5,0		
Первичная	25,0	31,8	15,9	6,8	20,5
Общая	20,5	43,2	2,3	18,1	15,9

Снижение заболеваемости происходит из-за ухудшения выявляемости. Что в свою очередь связано с недостаточной ресурсной (материально-технической и кадровой) обеспеченностью МО и значительным количеством выявленных дефектов оказания медицинской помощи. По данным индикативной оценки, проведенной Министерством здравоохранения края в МО, доля дефектов

колеблется от 23,8% до 48,5%, т.е., почти в половине случаев оказывается недостаточно качественно.

В основе повышения качества медицинской помощи за счет организационно-методического обеспечения лежит методика индикативной оценки медико-социальной и ресурсной эффективности. При индикативной оценке в 2011 г. выявлены низкие показатели медико-социальной результативности в 50% МО, эффективность использования ресурсов снижена в 54,5% МО, основные показатели которых представлены в табл. 4.

Таблица 4

Дефекты медико-социальной результативности в муниципальных образованиях

Показатели	Средний уровень	Колебания показателей в МО
среднее число посещений	8,1	11,1-5,5
число дней лечения в дневном стационаре	0,49	0,8-0,2
число вызовов СМП	0,31	0,33-0,29
обеспеченность врачами	26,03%	32,3%-15,9%
обеспеченность средним медицинским персоналом	62,76%	102,0%-42,6%
среднемесячная зарплата	11008,5руб	14325,6-8513,1 руб.
Исследования на 1000 населения		
эндоскопические	52,5	120,5-7,6
лабораторные исследования	22015,5	41677,1-19432,1
УЗИ	486	2408,3-200,2
рентгенологические	1043,8	1730,9-721,8
функциональной диагностики	697,7	1224,7-358,4

Кроме оценки дефектов оказываемой медицинской помощи индикативная оценка включает оценку удовлетворенности населения высокотехнологичными видами медицинской помощи, которая составила 72,5% (колебания в МО от 100,0 до 65,0%), и показатели реализации ПНП «Здоровье», представляющие, в т.ч. количество всех видов исследований на единицу оборудования, которые подтвердили значительные колебания почти в тех же МО.

Неравномерность ресурсного обеспечения МО способствует ухудшению выявления заболеваний среди населения и подтверждает низкие показатели первичной и снижение общей заболеваемости в некоторых МО.

Подтверждением вышеизложенного являются и результаты опроса в МО пациентов стационара, поликлиники и дневного стационара. К основным

негативным явлениям в медицинском обслуживании респонденты относят высокую стоимость лекарств, недостаточную материально-техническую базу лечебных учреждений и увеличение объема платной медицинской помощи; на четвертом месте стоит снижение качества медицинского обслуживания. Предоставление профилактических рекомендаций по укреплению здоровья врачами амбулаторно-поликлинических учреждений положительно отметили 73,42 % пациентов, что выше данного показателя в РФ и ЮФО (69,97 и 70,59 % соответственно), однако показатель удовлетворенности условиями для занятий физической культурой и спортом оказался ниже, чем в ЮФО и РФ (2008 г. – 24,3; 22,5; 23,9, 2011 г. – 30,6; 32,3; 35,4 – соответственно).

Согласно Европейской классификации предотвратимых причин смерти, применимость которой в России подтверждена исследованиями, проведенными в 3-х регионах России (Михайлова Ю.В., Иванова А.Е., 2006), на долю первичной профилактики приходится около 40 нозологий (1-я группа). Причины смерти, которые могут быть предотвращены ранним выявлением заболеваний, включают 6 нозологий (2-я группа), за счет улучшения лечения и медицинской помощи – около 30 (3-я группа). Основу предотвратимой смертности составляют злокачественные новообразования, цереброваскулярные болезни, инсульт, инфаркт миокарда, алкогольный цирроз печени, АГ и некоторые другие болезни. Исходя из классификации, в таблице 5 представлены показатели смертности от предотвратимых причин в Краснодарском крае.

Результаты анализа выявили гендерные особенности смертности от предотвратимых причин, улучшение динамики показателей в крае по сравнению со среднероссийскими в первой группе предотвратимых причин (определяемых образом и условиями жизни населения) и ухудшение во второй и третьей группах (связанных с ресурсной базой и квалификацией медицинских специалистов). Высокий уровень предотвратимой смертности говорит о недостаточном качестве профилактической помощи как в России, так и в крае.

Среди причин и условий, определяющих здоровье населения, ведущими являются факторы, связанные с образом и условиями жизни. Формирование здорового образа жизни обеспечивается совокупностью мероприятий, относящихся к первичной профилактике, представляющей собой комплекс

медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, и в регионе осуществляется службой медицинской профилактики.

Таблица 5

Показатели смертности от предотвратимых причин

Территории	МУЖЧИНЫ							ЖЕНЩИНЫ						
	1989	1990	1994	1998	2002	2006	2010	1989	1990	1994	1998	2002	2006	2010
Первая группа предотвратимых причин														
РФ	396,0	409,3	666,8	502,7	602,4	522,6	419,2	104,3	106,5	177,4	136,6	169,0	149,1	119,5
Краснод. кр.	445,6	435,8	618,9	469,9	525,5	428,1	362,2	115,7	112,6	159,2	120,9	147,9	121,5	98,5
Вторая группа предотвратимых причин														
РФ	2,0	1,7	1,9	2,0	2,2	2,3	2,4	25,4	25,3	28,2	29,2	29,0	28,8	28,4
Краснод. кр.	2,4	2,2	2,2	2,6	2,8	2,9	2,9	31,5	28,7	31,5	31,7	31,3	29,7	30,0
Третья группа предотвратимых причин														
РФ	78,1	79,1	139,2	102,1	143,1	126,7	104,6	29,1	28,4	37,5	27,4	37,4	35,6	27,2
Краснод. кр.	86,6	90,9	131,3	100,9	131,2	113,8	98,6	29,4	24,4	28,3	23,7	28,3	29,2	26,1

Сеть службы медицинской профилактики в крае представлена 29-ю структурными подразделениями: 5-ю Центрами, 8-ю отделениями и 17-ю кабинетами медицинской профилактики. При этом около 60% МО не имеет ни одного из структурных подразделений. Координирует работу службы краевой центр медицинской профилактики. Недостатками профилактической службы являются несамостоятельность центров медицинской профилактики (ЦМП), которые объединены с врачебно-физкультурными диспансерами и Центрами здоровья, их маломощность, неполноценная структура, недостаточное кадровое обеспечение (в 2011 г. штаты службы представлены 10-ю врачами, 6-ю специалистами с высшим немедицинским образованием и одним инструктором по санитарному просвещению) и практически представляют собой отделения или кабинеты медицинской профилактики. Серьезным препятствием развития службы медицинской профилактики в крае является дефицит подготовленных специалистов в этой области. Для решения кадровой проблемы в профилактике необходим адекватный уровень финансирования профилактической работы, заработной платы и наличие штатов в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 23.09.2003 № 455-н. На профилактическую работу в 2010 г. было потрачено 1 руб.40 коп., на душу населения, в 2011 году – менее 1 рубля.

Среди основных направлений деятельности ЦМП является обучение населения основам ЗОЖ и медицинских работников методике профилактики заболеваний и укрепления здоровья (таблица 6).

Таблица 6

Деятельность Центров (отделений, кабинетов) медицинской профилактики

Показатель	Количество обученных			
	2008	2009	2010	2011
Население, обученное основам ЗОЖ	416834	507187	568293	539915
Медицинские работники, обученные методике профилактики заболеваний и укрепления здоровья	26520	34916	27228	35827

Можно отметить как положительный факт значительные объемы числа обученных как среди населения, так и врачей. Однако, результаты анализа показали, что обеспечиваются эти объемы в основном за счет лекций в образовательных учреждениях (школы, СУЗы, ВУЗы), однодневных семинаров и конференций для врачей, следовательно, эффективность такого подхода вряд ли может быть высокой.

Вследствие недостатка структурных подразделений в МО и отсутствия контроля со стороны управлений здравоохранением в крае проводится явно недостаточное количество исследований об информированности населения о факторах риска неинфекционных заболеваний: о характере питания, вредных привычках (курение, злоупотребление алкоголем), особенностях поведения, психологических установках, физической активности, наличии АГ и ожирения. В 2011 г. количество исследований, проведенных ЦМП, составило: краевой – 3, г. Армавира – 52, г. Сочи – 5, г. Туапсе – 8, г. Анапы – 23.

Весьма важной является деятельность ЦМП в области просвещения через издательскую деятельность материалов для медицинских работников и пропагандистских материалов для населения (таблица 7).

Исходя из представленных данных, проблема тиражирования должна стоять на повестке дня в Министерстве здравоохранения края, поскольку представленный объем пропагандистских материалов для более чем 5-ти миллионного населения недостаточен. В связи с этим во всех ЦМП необходимо наличие типографии и журналистов в штате или централизованного подхода (пример Самарской области, где централизованный заказ пропагандистских материалов составляет более 4 млн. экземпляров в год).

Все структуры профилактической службы принимают активное участие в формировании ЗОЖ у населения через организацию массовых мероприятий:

международные дни здоровья, рекомендованные ВОЗ и посвященные борьбе с курением, алкоголизмом, наркоманией, профилактике ожирения и болезней сердечно-сосудистой системы.

Таблица 7

Издательская деятельность центров медицинской профилактики (2011г.)

Виды изданий	Центр медицинской профилактики					
	Краевой	Армавир	Сочи	Туапсе	Анапа	Тираж
Материалы для медработников	2310					2310
Пропагандистские материалы для населения, в т.ч. по профилактике:	377930	15220	35500	2950	7680	439280
-вредных привычек	85000	1437	15000	730	1220	103387
-неинфекционных заболеваний	106500	130	7600	710	2110	117050
-инфекционных заболеваний	-	725	9700	320	1340	12089
-охране здоровья матери и ребенка	48000	553	1400	440	1760	52153
-здоровому образу жизни	138430	12375	1800	750	1250	154605
Газеты и приложения	9000					9000
Прочие	300	15348				15648
Итого	389540	30568	35500	2950	7680	466238

Технология вторичной профилактики обеспечивается профилактическими осмотрами, обучением пациентов в школах здоровья и диспансеризацией больных. Существенным недостатком в анализе статистических данных профилактических осмотров является только количественные показатели, выраженные в процентах, что не позволяет оценить качество и эффективность проводимых мероприятий. За последние 5 лет в крае отмечается снижение полноты охвата взрослого населения периодическими осмотрами с 94,8% до 91,8%, из них рабочих промышленных предприятий на 3,3%, рабочих организаций Агропрома – 4,6% и прочих контингентов – 2,7%.

Дополнительная диспансеризация (ДД) по своей сути является профилактическим осмотром, предусматривающим активное выявление заболеваний на ранних стадиях, имеющиеся факторы риска (ФР) развития

заболеваний, взятие под диспансерное наблюдение выявленных больных и обеспечение прошедших осмотр информацией о здоровом образе жизни. С 2008 по 2011 год при ДД было взято на диспансерный учет 76554 человека в возрасте 35-55 лет. Средний показатель диспансерного наблюдения составил 611,8 на 100 тысяч соответствующего возраста. Среди взятых на диспансерный учет основными являются: болезни системы кровообращения (190,8 на 100 тыс.) за счет больных с АГ (125,6) и ИБС (39,9), эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ (100,0), с сахарным диабетом – 19,0, болезни мочеполовой системы (103,0).

В таблице 8 представлено количество пациентов обученных в школах здоровья. Следует отметить, что качество обучения нельзя проверить из-за отсутствия контроля как внутриведомственного, так и вневедомственного (ОМС).

Таблица 8

Число обученных в школах для пациентов

	2008	2009	2010	2011
Обучено всего, в т.ч. в школах для:	145247	164264	230816	218321
беременных	50193	54965	56743	57972
больных с сердечной недостаточностью	5229	6863	20950	17476
больных на хроническом диализе	164	395	153	545
больных артериальной гипертензией	21250	30850	47501	44762
больных с заболеваниями суставов и позвоночника	7030	7446	18468	14191
больных бронхиальной астмой	7760	8563	11470	10725
больных сахарным диабетом	19585	20468	28486	26184
В прочих школах	33336	34714	47045	46466

Еще в СССР было доказано, что наиболее эффективным методом профилактики является диспансеризация больных, благодаря динамическому наблюдению за состоянием здоровья в течение года и оценке ее эффективности.

Результаты анализа состояния диспансеризации больных в крае свидетельствуют о недостаточном охвате диспансерным наблюдением больных (27157,2 - в 2007г. и 29202,6 - в 2011г.), показатели которого ниже среднероссийских (33281,0 и 36221,5) и ЮФО (29788,2 и 33004,4). Несмотря на более высокие показатели в РФ и ЮФО за 5 лет число состоящих под диспансерным наблюдением практически не изменилось ни в стране, ни в округе, ни в крае, несмотря на проводимые профилактические осмотры, дополнительную

диспансеризацию, осмотры в Центрах здоровья, и ежегодное выявление лиц с впервые выявленными заболеваниями в поликлиниках, численность которых превосходит в 1,6 и более раза увеличение числа состоящих под диспансерным наблюдением. При этом следует учесть, что на диспансерном учете большинство больных с различными заболеваниями находятся длительное время, или совсем не снимаются с диспансерного учета.

При увеличении среднекраевого показателя состоящих на диспансерном учете в 22,7% МО отмечается отрицательный прирост данного показателя; в 63,6% – показатель состоящих на диспансерном учете ниже среднекраевого. Наиболее низкий охват диспансерным наблюдением отмечается в МО с недостаточным ресурсным обеспечением. Наши исследования показали, что руководством поликлиник не организован контроль качества и эффективности диспансеризации, учет ведется в журнале медицинской сестрой, учетная форма 30 заполняется не на всех больных, что приводит к искажению статистических данных и структуры диспансеризуемого контингента. В амбулаторных картах отсутствуют эпикризы (взятия под диспансерное наблюдение и годовые), планирование профилактических мероприятий, динамическое наблюдение за состоянием здоровья, что не позволяет осуществлять контроль качества и эффективности диспансеризации больных.

В четвертой главе «Оценка врачами профилактики и ее роли в снижении заболеваемости органов системы кровообращения» представлен уровень знаний факторов риска и их влияние на профилактику болезней системы кровообращения среди участковых терапевтов, врачей стационаров, интернов и ординаторов. Результаты проведенного анкетирования выявили значительный разброс в долях правильных ответов диагностики артериальной гипертензии (АГ). Только около половины респондентов дали правильные ответы по определению оптимальных и высоких цифр АД в различных возрастных группах пациентов. Врачи-специалисты показали более высокие результаты (49%) в сравнении с интернами. В зависимости от возраста анкетлируемых, наибольший процент правильных ответов (53%) наблюдался в возрастной группе 41-50 лет.

Неоднозначна оценка респондентами влияния отдельных заболеваний БСК на смертность среди ответов мужчин и женщин для АГ (89,0% и 94,0% соответственно), ИБС (78,0% и 88,0%) и сосудистых заболеваний головного

мозга (51,0% и 67,0%). Низкая оценка влияния отдельных заболеваний БСК на смертность в группах респондентов в возрасте 31-40 лет, после 60 лет и в группе интернов и ординаторов являются свидетельством недостаточности знаний, полученных при обучении в ВУЗе в указанных группах респондентов, и отсутствие повышения квалификации в пожилом возрасте. Подтверждением этого является и то, что врачи стационаров, которые реже направляются на повышение квалификации по сравнению с участковыми терапевтами, недооценивают значимость опасности ИБС и сосудистых заболеваний головного мозга (88,0% и 79,0%; 70,0% и 43,0% соответственно).

В основе научного подхода к снижению заболеваемости и смертности от БСК лежит концепция факторов риска и стратегия формирования ценностного отношения к здоровью. Однако только 40,0 % респондентов (43,0 мужчин и 42,0 % женщин) считают, что устранение факторов риска может лишь отчасти повлиять на возникновение БСК. Подтверждением недостаточности и неоднородности знаний и осведомленности врачей о роли факторов риска является то, что из 18 ФР среди ответов респондентов как по полу, так и по возрасту отсутствует закономерность в ранговом отношении влияния ФР на развитие БСК (таблица 9).

Таблица 9

Мнение врачей о наиболее значимых факторах для профилактики БСК

	Повышенное артериальное давление	Пониженное артериальное давление	Нерациональное питание	гиподинамия	Избыточная масса тела	Гиперлипидемия	Гипергликемия	Гиперурикемия	курение	Злоупотребление алкоголем	Профессиональные вредности	Психосоциальный стресс	Очаги хронической инфекции	Использование оральных контрацептивов	Употребление наркотиков	Физические перегрузки	Дефицит массы тела	Я не считаю важным устранение данных факторов
В зависимости от пола																		
мужчины	57	8	43	70	62	35	11	3	45	43	19	68	3	–	11	3	–	–
женщины	83	5	44	71	82	72	43	10	78	62	8	54	10	8	19	8	–	1
В зависимости от возраста																		
< = 30 лет	74	–	48	78	82	60	30	10	78	64	6	60	10	6	22	12	2	–
31-40	70	8	40	72	68	63	30	5	63	45	17	67	7	8	15	5	–	5
41-50	90	6	46	67	71	65	33	6	65	67	10	44	4	4	13	2	–	–
51-60	79	3	43	74	88	74	53	14	78	55	6	49	10	7	18	8	–	–
> 60 лет	72	7	49	63	72	51	30	12	72	67	7	60	12	5	19	9	–	–

При одинаковой оценке повышенного АД (2-е место) как фактора риска на первое место участковые врачи ставят избыточную массу тела, в то время как врачи стационара этому фактору определяют только четвертое; гиподинамия занимает у врачей стационара первое место, среди участковых – пятое; психоэмоциональный стресс определяется врачами стационара более значимым (3-е место), чем врачами - участковыми терапевтами (7-е). По-разному относятся они к таким факторам как курение – 5-е и 3-е место соответственно, гиперлипидемия – 6-е и 4-е, злоупотребление алкоголем – 8-е и 6-е места. Основным методом, способным помочь пациенту бросить курить, по мнению большинства врачей-интернов является психотерапия.

Основа профилактической работы – знание врачей о том, что устранение потенциально корригируемых факторов риска реально достижимо в жизни. Однако выявлен недостаточно высокий уровень знаний врачей примеров эффективности профилактики БСК как в нашей стране, так и за рубежом (таблица 10).

Немаловажное значение имеет отношение врачей к профилактике и их роль в ней, так как то и другое определенно влияет на эффективность профилактической работы. Только 22,0% мужчин и 29,0% женщин считает профилактику основной задачей их деятельности, Считают, что они должны выступать в роли идеологов и организаторов - 24,0% и 26,0% соответственно, считают это делом государства - 24,0% и 23,0%. При этом 41,0% мужчин и 48,0% женщин считают, что это индивидуальная работа с людьми, со специально сформированными группами пациентов – 19,0 и 20,0 % соответственно и в организованных коллективах – 40,0% и 32%.

Таблица 10

Знания врачей о примерах эффективности профилактики БСК (%)

	В Российской Федерации		За рубежом	
	Да	Нет	Да	Нет
В зависимости от места работы				
Врачи-участковые и ВОП	41	55	44	31
Врачи стационара	42	47	47	21
Интерны и ординаторы	55	45	55	22

Человеку, который по своей обязанности должен заниматься профилактической работой, в первую очередь, необходимо уметь сохранять свое здоровье. Среди респондентов 27,0 % врачей-мужчин и 45,0 % женщин имеют БСК. В зависимости от возраста этот процент увеличивается, достигая к 60 годам 60,0 %. Среди интернов и ординаторов утвердительных ответов только 4,0 %.

Основной патологией среди респондентов является гипертоническая болезнь сердца – наибольшее число в возрасте от 51 года и старше (60%), среди которых 71% врачей стационара и 46% участковых терапевтов. ИБС преобладает среди мужчин (57%), среди врачей стационара (41%) и в возрасте старше 60 лет. Третье место занимает нейроциркуляторная дистония – 36% мужчин и 31% женщин, чаще всего встречающаяся у интернов и ординаторов (75%).

Среди факторов риска, способствующих развитию БСК у врачей, психоэмоциональный стресс занимает первое место как у мужчин (75%) так и у женщин (71%). Среди врачей стационара – 81%, интернов и ординаторов – 75%, участковых и ВОП – 66%. На втором месте – гиподинамия, на третьем – избыточная масса тела (чаще среди женщин - 35%), в возрастных группах после 40 лет и у участковых врачей и ВОП (36%). Повышение АД чаще отмечается в возрасте 51-60 лет (40%) и старше 60 лет (45%).

Врачи всех профилей (99%) хорошо ориентированы в эффективности немедикаментозных мероприятий по снижению АД, однако использует их только половина врачей. Среди причин недостаточного назначения пациентам с гиперхолестеринемией гиполипидемических средств на первом месте была указана высокая стоимость лечения (55%), на втором и третьем – высокий риск побочных эффектов от лечения данными препаратами (33%).

Полученные результаты анкетирования врачей, показали более высокую компетентность в профилактике БСК, врачей-участковых в сравнении с врачами стационаров и интернами и ординаторами. Уровень знаний интернов и ординаторов в области профилактики ниже в сравнении с врачами всех профилей. Врачи в возрасте 41-50 лет обладают более высоким уровнем знаний (78%) в сравнении с лицами моложе 30 лет (64%) и старше 60 лет (56%). Результаты исследования свидетельствуют о необходимости разработки образовательных программ по данному вопросу для систем вузовского

послевузовского образования. Нерешенными проблемами остаются практически полное отсутствие первичной профилактики БСК, недостаточное проведение вторичной профилактики, отсутствие комплексности в диагностике и лечении артериальной гипертензии с позиции суммарного риска БСК, включая курение, ожирение, дислипидемию, недостаточное использование немедикаментозных методов лечения и знаний по изменению образа жизни пациентов с БСК.

В пятой главе «Ценностно-мотивационные приоритеты студентов медицинского ВУЗа в отношении здорового образа жизни» представлен рейтинг здоровья в системе ценностей студентов медицинского ВУЗа. Сбережения индивидуального здоровья в образовательной и лечебной среде является одной из стратегических задач университета. Реализация мероприятий, направленных на формирование ЗОЖ у студентов и преподавателей повышает не только творческий, но и социально-экономический потенциал вуза.

В основе модификации образа жизни лежит преодоление ряда своеобразных «ступеней», последовательность которых можно определить следующим образом: полноценное и сбалансированное питание, физическая активность, отказ от табакокурения, отказ от злоупотребления алкоголем, регулярное прохождение медицинских осмотров, соблюдение режима труда и отдыха, экология жилища и рабочего места, психогигиеническая гармония в семье и рабочей среде, предупреждение инфекций (ЗППП, ВИЧ/СПИД), профилактика наркомании.

Результаты анализа показали, что состояние здоровья студентов в период обучения в ВУЗе ухудшается с I к VI курсу. По данным профилактических осмотров заболеваемость на I курсе составила 525,8‰, на 1-м месте стоят болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (главным образом, за счет сколиоза – 329,4‰), на 2-м – болезни органов зрения и придаточного аппарата глаза (за счет миопии – 254,0‰), на третьем – болезни нервной системы (за счет нейроциркуляторной дистонии – 122,8‰). Среди студентов VI курса рост показателей заболеваемости происходит за счет вегето-сосудистой дистонии (630,0‰), на втором месте хронические болезни органов пищеварения (434,9‰), на третьем – болезни органов зрения (миопия – 403,2‰), на четвертом –

остеохондроз и сколиоз (256,8‰), отмечается рост болезней ЛОР-органов (150,9‰) и эндокринной системы (123,7‰).

Анализ представлений о ЗОЖ и значении психосоциальных и поведенческих факторов в его формировании в различных группах молодежи показал большую приверженность к здоровому образу жизни у студентов ВУЗа физической культуры (I группа), чем медицинского (II группа) и работающей молодежи (III группа) (таблица 11).

Таблица 11

Распространенность факторов риска в молодежной среде

Факторы риска	Группы обследованных		
	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Приверженность физической активности	100%	35,0±6,2%*	37,5±5,4%*
Ночной сон менее 7 часов	0	30,0±5,9%*	13,7±3,8%*
Табакокурение	5,0±4,2%	16,7±4,8%*	18,7±4,3%*
Употребление алкоголя	7,5±4,3%	40,0±6,3%*	56,2±5,5%*
Наличие артериальной гипертензии	0	15,0±4,6%*	12,5±3,7%*
Гиперхолестеринемия	7,4±3,2%	27,1±5,7%*	18,7±4,3%*
Ожирение	0	0	10,0±3,3%*

Мотивационно-поведенческий компонент определяет особенности мотивации ЗОЖ, а также характеризует особенности поведения в сфере сохранения здоровья, степень приверженности человека ЗОЖ.

Комплексный анализ представлений о ЗОЖ студентов V и VI курсов лечебного (ЛФ) и педиатрического (ПФ) факультетов КубГМУ показал, что студенты при ответе на вопросы, касающиеся различных аспектов ЗОЖ, старались придерживаться традиционных взглядов на проблему. Уровень знаний студентов ЛФ в отношении ЗОЖ в 1,6 раз выше, чем у студентов ПФ. Мотивация соблюдения ЗОЖ как средства реализации себя в социальной сфере (профессии) у студентов ПФ встречается в 1,9 раза реже, чем на ЛФ. Готовность к модификации своего образа жизни у студентов ЛФ выше в сравнении с ПФ по позициям «рациональное питание», и «профилактические медицинские осмотры». Утверждения о том, что основными негативными факторами для здоровья студентов являются вредные привычки и перегрузки во время учебы, у студентов ЛФ зарегистрированы в 1,4 и 1,7 раз чаще, чем у студентов ПФ.

Некомфортный психологический климат как фактор, отрицательно влияющий на здоровье, респонденты ПФ рассматривают в 1,9 раз реже. Студенты недостаточное внимание уделяют такому фактору как установка на формирование ЗОЖ у себя и в семье. На ПФ в 2 раз больше студентов, имеющих избыточную массу тела, у них чаще зарегистрировано нерациональное питание. В то же время на ПФ количество студентов, регулярно занимающихся физическими упражнениями, в 1,3 раза больше, чем на ЛФ. Результаты проведенного исследования показали, что категория «здоровье» занимает первую позицию в ценностных предпочтениях менее чем в 50% на обоих факультетах. Основой представлений о ЗОЖ 85% респондентов считают отсутствие вредных привычек. Среди студентов ЛФ рациональное питание встречается в 73% (ПФ – 65%), регулярная двигательная активность и закаливание – в 65% (ПФ – 60%), соблюдение правил личной гигиены и благожелательные отношения с окружающими – в 61% (ПФ – 55%), контроль за состоянием своего здоровья – в 58% (ПФ – 50%) Несущественным фактором ЗОЖ респонденты считают соблюдение режима дня.

Проблема здорового образа жизни в представлениях студентов в ряде случаев существует в неактуализованном виде, о чем свидетельствует несоответствие между заявляемым признанием его значимости на когнитивном уровне и реализуемым жизненным поведением. Результаты, характеризующие социальную ценность ЗОЖ и социальные параметры здоровья студентов, свидетельствуют о несформированности адекватных и устойчивых стереотипов здорового человека и здорового образа жизни в среде молодых людей.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что при формировании модели ЗОЖ у студентов медицинского ВУЗа необходимо модифицировать существующие подходы так, чтобы задействовать все диспозиционные уровни: не только конкретное поведение в определённых условиях и обобщённую установку личности на социальные объекты, но и направленность поведения с коррекцией своего образа жизни. Это, прежде всего, актуализация эмоционально-ценностного отношения студентов к ЗОЖ, коррекция поведенческих факторов, негативно влияющих на их здоровье, обогащение опыта ЗОЖ студента посредством включения его в здоровьесберегающую деятельность.

Одной из центральных фигур, формирующих представления о ЗОЖ в вузе является преподаватель. В соответствии с этим преподаватель медицинского ВУЗа должен сам демонстрировать приверженность принципам ЗОЖ. В целях повышения знаний у студентов в основу эффективного преподавания ЗОЖ должна быть положена парадигма: *vademecum-vadetecum* – от принципа «следуй за мной» к принципу «веди себя сам». Это позволяет сделать каждого обучающегося активным участником сохранения его собственного здоровья, формируя ответственное отношение к своему здоровью, доступность знаний о состоянии здоровья, о мерах по его укреплению и предотвращению заболеваний, которые в будущем будут определять профилактическую направленность в работе врача и возможность своим примером формировать приверженность пациентов ЗОЖ.

Формирование приверженности к ЗОЖ в ВУЗе должно учитывать психологические особенности преподавания вопросов здоровья, базирующиеся на принципах: *знать – хотеть – уметь*. *Знать* – подструктура представлений, которую человек может воспроизвести и в достоверности которой он не сомневается. По данным анкетирования 151-го студента университета было установлено, что 95,2% из них считают себя практически здоровыми, вместе с тем только половина из них (54,8%) ведет здоровый образ жизни. Самооценка здоровья показала, что 49,3% студентов оценили свое здоровье как «хорошее», 47,8% - как «удовлетворительное» и только 3,0% - как «плохое».

Хотеть – подструктура субъективного отношения, та усвоенная информация, которая используется человеком для реализации своей деятельности в обществе. Усвоенная информация может быть поверхностной и даже ложной. Так среди опрошенных студентов 45,2% считают, что они имеют полное представление о ЗОЖ, но соблюдать его принципы нет необходимости. При этом четкая установка на приверженность к ЗОЖ, т.е. высокий уровень мотивации, отмечена только у 12% студентов. В конце курации после занятия в «Центре здоровья» университета повторное анкетирование (с бальной оценкой ответов) показало достоверное увеличение индексов высокой мотивации к ЗОЖ по отношению к исходным значениям ($10,7 \pm 0,7$ против $6,5 \pm 0,7$ баллов; $P < 0,05$). Удельный вес желающих изменить свой стиль жизни увеличился на 21%.

Уметь – мотивация к ЗОЖ, которая формируется под влиянием как внутренних импульсов (генетически обусловленных), так и внешних (социально-экономических условий, культуры и традиции семьи и общества). Сильная мотивация к ЗОЖ эффективно обеспечивается в справедливом обществе при высокой нравственной культуре и при наличии систем передачи молодежи социального опыта и принципов формирования осознанного поведения в области сохранения и укрепления здоровья.

Анкетирование показало, что 27,8±3,6% учащихся нерегулярно и нерационально питаются, отдавая предпочтение высококалорийной и высокоуглеводной пище в 62,9±3,9% случаев; только 36,4±3,9% систематически занимаются физическими упражнениями разной степени интенсивности; 33,1±3,8% респондентов периодически употребляют спиртные напитки; треть опрошенных студентов совмещает учебу в ВУЗе с работой в ночное время суток, что приводит к уменьшению продолжительности ночного сна в среднем до 6 часов в сутки.

Объективное обследование выявило избыточную массу тела (ИМТ более 25 кг/м²) у 15,2±2,9% студентов, а дефицит массы тела (ИМТ менее 20 кг/м²) – только у 11 девушек (7,2±2,1%); гиперхолестеринемию - у каждого пятого (в 2,5 раза чаще среди девушек); артериальную гипертензию - АГ (АД ≥ 140/90 мм. рт. ст.) - у 7,9±2,2% обследованных. По данным тестирования на смоколайзере 34% признаны курильщиками разной степени активности. При этом сочетание 3-х факторов риска (АГ, повышенный ИМТ и увеличенный уровень холестерина) выявлено у 7,2% студентов.

Создание в медицинском университете в 2012 году здоровьесберегающего инфраструктурного подразделения – «Центра здоровья», явилось важным шагом и необходимым условием для формирования ЗОЖ у студентов и преподавателей. Проводимое на базе «Центра здоровья» консультирование направлено на сохранение и укрепление здоровья по вопросам профилактики факторов риска заболеваний (табакокурения, употребления алкоголя, ожирения); коррекции питания, физической активности; режима сна; условий быта, труда и учебы. Организация теоретических и практических занятий в «Центре здоровья»

университета дает возможность выявлять совокупность факторов, ремоделирующих стиль жизни большинства студентов.

В главе шестой «Разработка системы подготовки студентов и ординаторов медицинского ВУЗа в области профилактики заболеваний, укрепления, сохранения и формирования здоровья и ее реализация» представлены основные положения разработанной концептуальной модели обучения профилактике и формированию здорового образа жизни через систему образования в медицинском ВУЗе.

Подготовка квалифицированных кадров для практического здравоохранения требует формирования у выпускника медицинского ВУЗа специальных (профессиональных) и личностно-социальных компетенций. В процессе своей деятельности врач должен интегрировать оказание медицинской помощи больным и внедрение профилактических мероприятий. В связи с этим актуально на додипломном этапе обучения развитие у выпускника интереса к работе врача и формирование компетенций по профилактике заболеваний. Для этого врачу, проводящему консультирование по вопросам здоровья и здорового образа жизни, необходимо владеть общими законами коммуникации, обладать определенными свойствами личности. Установлено, что в среднем у 60% выпускников преобладает высокий уровень коммуникабельности. Это свидетельствует о достаточной общительности и уверенности в разных ситуациях, способности без переживаний начинать новое дело и идти на контакт с незнакомыми людьми. В то же время, 40% выпускников нуждаются в развитии этого качества. Данные диагностики стиля поведения в ситуации конфликта свидетельствуют, что у девушек наиболее распространены модели поведения компромисс – 25,1% и избегание – 28,3%. У юношей преобладают корпоративный стиль – 35,5%, компромисс – 28,8% и соперничество – 26,6%.

Полученные результаты использовались при осуществлении одного из педагогических приемов, формирующего навык самостоятельной работы студентов, каким является проектное обучение. В рамках процесса обучения проектный метод можно определить как образовательную технологию, нацеленную на приобретение студентами новых знаний на основе реальной жизненной практики. Характерной чертой данного метода является то, что в

проектном обучении ценны не только результаты, но и сам процесс, когда у студента появляются возможности для активного участия в образовательном процессе. Вариантом проектной деятельности в процессе изучения клинических дисциплин является участие студентов в профилактической работе, на примере реализации различных аспектов программы по борьбе с социально-значимыми заболеваниями, что рассматривается как практико-ориентированный проект. Изучалась возможность применения проектного метода для привлечения выпускников к профилактической работе по первичной профилактике сахарного диабета 2 типа с учетом индивидуально-типологических свойств личности студентов. Беседу с пациентами студенты строили на основе принципа сотрудничества, стремясь создать у анкетированных мотивацию к изменению образа жизни в соответствии с наличием и характером факторов риска развития СД 2 типа, учились брать ответственность за решение на себя, выбирать рациональный и оптимальный способ достижения цели. Данная форма обучения позволяет создать важные предпосылки для формирования и развития у выпускников как специфических предметных, так и коммуникативных умений и навыков. Проектное обучение профилактической направленности усиливает стремление выпускников к когнитивной деятельности, повышает индивидуальную ответственность, творческую активность.

Развитие обучения на основе парадигмы, совпадающей с основным направлением современного здравоохранения – изменение лечебной направленности на профилактическую – влияет и на внутреннюю среду ВУЗа, практически осуществляется формирование ЗОЖ у студентов и преподавателей университета, пропаганда и обучение технологиям качества жизни и здоровья.

Разработаны алгоритм и принципы концептуального подхода к обучению на додипломном и послевузовском уровнях образования и к сохранению здоровья лиц, обучающихся в ВУЗе.

В модели представлены Концепции для трех уровней обучения: Концепция обучения студентов профилактике заболеваний, укреплению, сохранению и формированию здоровья; Концепция послевузовского профессионального образования в клинической ординатуре по дисциплине «Формирование здорового образа жизни» и концепция практической реализации приобретенных

знаний – «Концепция здорового образа жизни (сохранение, укрепление и формирование здоровья) студентов». Идеология Концепций – обеспечение системного подхода к сохранению здоровья через формирование ЗОЖ за счет поддержания резервов здоровья и использования здоровьесберегающих технологий.

Основные принципы концептуальной модели обучения профилактике:

- Модернизация системы профессионального образования, основу которого составляет подход, когда врачи несут ответственность как за собственное здоровье, так и за здоровье общества. основополагающим направлением их деятельности является профилактика заболеваний, укрепление и сохранение здоровья населения;
- Концепции разных уровней обучения представляют собой совокупность основных направлений образовательного процесса в университете, повышения его качества и создание условий для формирования развития способностей личности будущего врача.
- Реализация Концепций в ВУЗе позволяет обеспечить последовательность и этапность развития системы подготовки студентов и ординаторов в области профилактики и ЗОЖ;
- Инновационный подход Концепций позволяет улучшить качество жизни и здоровья студентов и профессорско-преподавательского коллектива университета, основой которого является государственная стратегия обеспечения здоровья населения Российской Федерации.

Положения Концепций обсуждаются профессорско-преподавательским коллективом и студентами, реализация осуществляется через утвержденные планы на Ученом совете.

Практической основой реализации предложенной концептуальной модели является разработка программ обучения студентов ВУЗа в области профилактики заболеваний и формировании ЗОЖ и создание в медицинском ВУЗе самостоятельной кафедры «Профилактика заболеваний, сохранения и укрепления здоровья», обеспечивающей до- и постдипломное образование.

Среди задач додипломного обучения: междисциплинарный подход к профилактической медицине; непрерывное обучение в будущем; этапность в

получении знаний; преодоление сложившейся «суженности» функций в отечественной профилактической медицине и др. Общие требования к уровню додипломного обучения по вопросам профилактики и формированию ЗОЖ определяются разработанным перечнем методов, входящих в схему: *знать – уметь использовать – иметь навыки – иметь представление.*

Концепция послевузовского профессионального обучения для клинических ординаторов всех медицинских специальностей дает возможность овладеть эффективными методами профилактики НИЗ; усваивать знания об особенностях сохранения и укрепления здоровья в разные возрастные периоды; формировать основы клинического мышления для эффективного консультирования и пропаганды в области ЗОЖ в рамках своей специальности. В Концепции обеспечивается выполнение требований, что ординатор должен *знать – уметь – использовать – иметь навыки – иметь представление.*

Основные принципы третьей Концепции исходят из концептуальной модели ВУЗа как открытой системы ЗОЖ, для этого определены задачи реализации приобретенных знаний при обучении в области профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ, в числе которых: формирование убеждения в престижности здорового поведения и воспитание потребности в здоровом образе жизни; обеспечение максимально возможного научного и методического сопровождения деятельности по формированию ЗОЖ; разработка и внедрение эффективных программ (в т.ч. интегрированных в образовательные дисциплины) на кафедрах и факультетах; систематизирование занятий физической культурой и спортом; создание Интернет-ресурса по формированию ЗОЖ; повышение эффективности работы системы оказания социально-психологической помощи.

Залогом успешного внедрения разработанной системы должно быть соблюдение методологических принципов: комплексность, системность, целостность, динамичность (повторяемость) и методическое единство. Предусмотрен ежегодный анализ индивидуальных и системных показателей, отражающих приверженность студентов и преподавателей принципам ЗОЖ. Такой подход к процессу обучения сохранению здоровья отвечает критериям ISO (международной организации по стандартизации), внедренным в деятельность КубГМУ: *планировать – делать – проверять (изучать) – воздействовать.*

Реализацию Концепции обеспечивают внедрение процессов самопознания, самопонимания и самоопределения студентов и преподавателей в отношении к собственному здоровью. Разработанная базовая Программа системной комплексной работы по формированию ЗОЖ в университете базируется на модульном представлении динамичности ремоделирования взаимосвязанных процессов (схема 1). Для каждого модуля разработаны свои программы, методики и определены структурные единицы.

Переориентация на ЗОЖ требует знания факторов риска, оказывающих негативное влияние на здоровье. В настоящее время реализация Концепций осуществляется через программы, разработанные на кафедрах, где программы ЗОЖ рассматриваются с позиций направления кафедры.

Физическая культура осуществляется в многообразных формах, которые взаимосвязаны, дополняют друг друга и представляют собой единый процесс физического воспитания студентов. Преподавание физической культуры с позиций ЗОЖ на кафедре физического воспитания направлено на: воспитание самостоятельных занятий; самоконтроль – внимательное отношение к своему здоровью и физическим упражнениям; установку тесной связи «студент – преподаватель – врач», в будущем – «врач – пациент»; обучение физическим упражнениям для профилактики заболеваний и при их наличии. Полученный объем знаний дает возможность привить студентам I-II курсов навыки физической культуры.

Гигиеническое воспитание в области ЗОЖ обеспечивается обучающим комплексом: цели и задачи гигиенического воспитания, гигиеническая культура личности, гигиенические знания, санитарное просвещение, гигиеническое воспитание целевых групп – на кафедре профильных гигиенических дисциплин и эпидемиологии. Основу гигиенического воспитания составляет образ жизни, представляющий собой ведущий обобщенный фактор, определяющий основные тенденции в изменении здоровья, рассматривается как вид активной жизнедеятельности человека. Для формирования ЗОЖ у студентов и преподавателей и диспансеризации здоровых в университете функционируют Центр здоровья и здравпункт.

Модули программы здорового образа жизни



Схема 1 Модульное представление реализации Программы по формированию ЗОЖ

Реализация Программы послевузовского профессионального образования в клинической ординатуре по дисциплине «Формирование здорового образа жизни» рассчитана на 72 часа. Режим занятий – 9 академических часов в день (из них 6 академических часов – аудиторная работа, 3 академических часа – внеаудиторная самостоятельная работа); форма обучения – очная. Основные разделы: ЗОЖ; факторы риска (особо выделяются алкоголь и курение); принципы рационального питания; физическая активность; возможности профилактики заболеваний по отдельным классам заболеваний, нарушениях различного вида обменов и химической зависимости. Всего включено 16 обучающих модулей. Каждый модуль заканчивается самостоятельной работой курсантов – реферат на одну из предлагаемых тем. Предусмотрено содержание самостоятельной работы и вид контроля – собеседование с преподавателем по результатам самостоятельной работы. Цель послевузовского образования – повышение

квалификации специалистов в области профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ у населения, расширение и углубление теоретических знаний, совершенствование практических навыков.

На Ученом совете КубГМУ было утверждено решение об организации кафедры «Профилактика заболеваний, укрепления и сохранения здоровья».

Этапы подготовки к организации кафедры представлены на схеме 2:



В деятельности кафедры предусматривается взаимодействие со всеми специализированными кафедрами. Организационно-функциональная модель профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ в медицинском ВУЗе представлена на схеме 3.

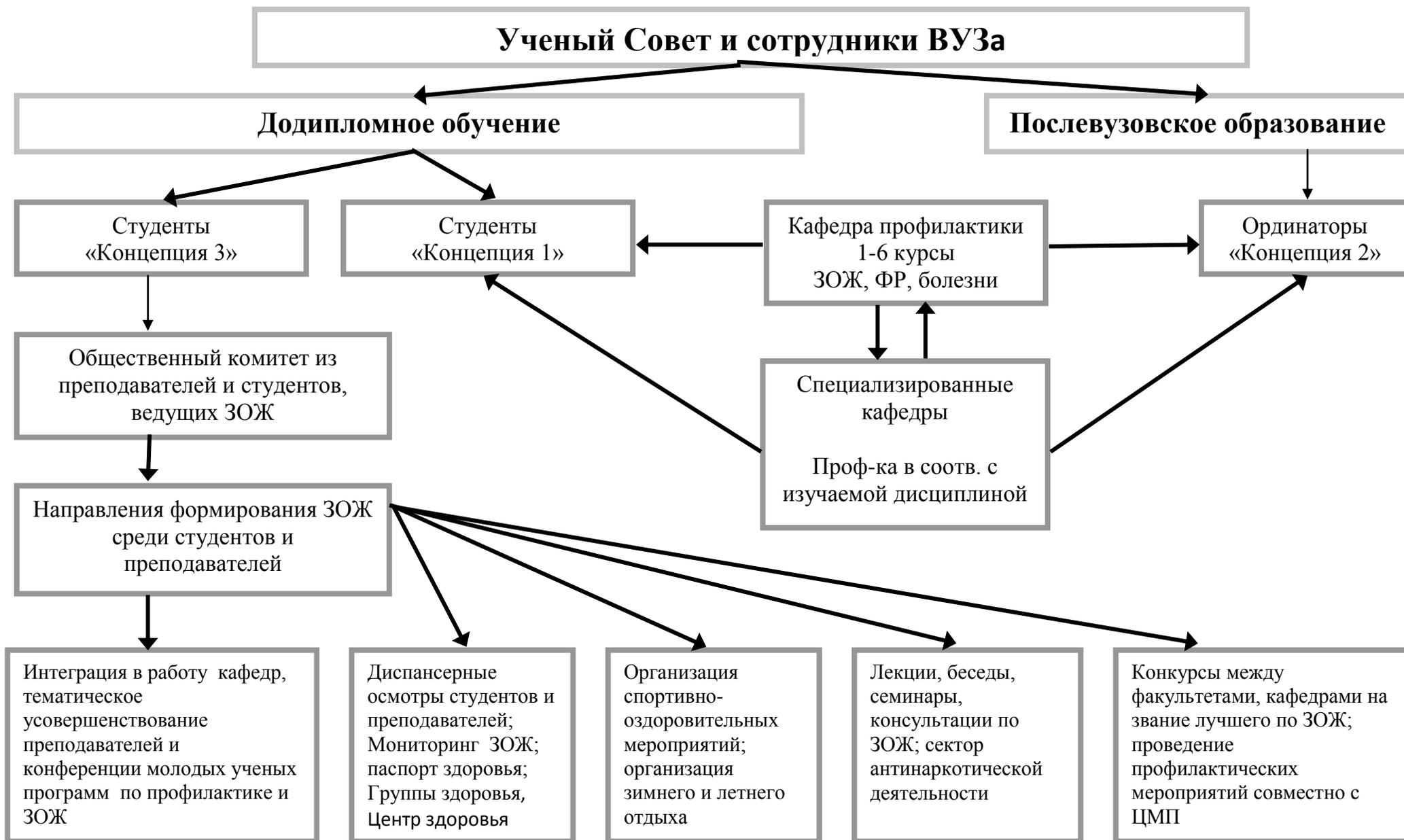


Схема 3. Организационно-функциональная модель обучения профилактике заболеваний и формирования ЗОЖ в медицинском ВУЗе

ВЫВОДЫ

1. Показатель общей заболеваемости населения Краснодарского края за 5 лет (2007-2011 гг.) вырос с 104186,1 до 111931,3 на 100 тыс. населения, темп роста составил 7,4% при ежегодном увеличении в среднем на 1,9%. Существенный рост заболеваемости зарегистрирован среди основных классов: «Болезни эндокринной системы» (22,8%), «Новообразования» (22,7%), «Болезни системы кровообращения» (12%). Показатели заболеваемости в муниципальных образованиях края существенно различаются, вследствие неодинакового уровня ресурсного обеспечения (материально-технического и кадрового), и соответственно разных возможностей выявления случаев заболеваний среди населения. По результатам индикативной оценки выявлены низкие показатели медико-социальной результативности в 50% муниципальных образований, эффективности использования ресурсов – в 54,5%, удовлетворенности населения высокотехнологичными видами помощи – в 72,5%. Результаты опроса пациентов в муниципальных образованиях, получавших медицинскую помощь в условиях стационара, поликлиники и дневного стационара подтверждают наличие зон неэффективности в медицинском обслуживании: недостаточную материально-техническую базу лечебных учреждений, высокую стоимость лекарств, увеличение объема платной медицинской помощи.

2. Общая смертность населения Краснодарского края за период с 2006 по 2011 год снизилась с 1477,5 до 1354,9 на 100 тыс. населения. Эффективность усиления мер профилактики в крае доказывают опережающие темпы снижения предотвратимой смертности: от причин, предотвратимых мерами первичной профилактики, снижение среди мужчин на 31,1% (с 525,5 до 362,2), РФ – на 30,4% (с 602,4 до 419,2), среди женщин – на 33,4% (с 147,9 до 98,5), РФ – на 29,3% (с 169,0 до 119,5); смертность от причин, предотвратимых за счет раннего выявления заболеваний – у мужчин увеличилась на 3,6% (с 2,8 до 2,9), РФ – на 9,1% (с 2,2 до 2,4), у женщин уменьшилась на 4,2% (с 31,3 до 30,0), РФ – на 1,4% (с 28,8 до 28,4); смертность от причин, предотвратимых улучшением лечения и медицинской помощи: у мужчин уменьшилась на 24,8% (с 131,2 по

98,6), РФ – на 26,9% (с 143,1 до 104,6), у женщин на 7,7% (с 28,3 по 26,1), в РФ – на 27,3% (с 37,4 до 27,2).

3. В настоящее время население края не обеспечено в достаточной степени профилактической помощью из-за отсутствия полноценной службы медицинской профилактики, которая может существенно влиять на стремление населения к здоровому образу жизни. Основные причины неэффективности первичной профилактики: отсутствие самостоятельного регионального центра медицинской профилактики и отсутствие его структурных подразделений в 60% муниципальных образований, дефицит кадров (в центрах работает всего 10 врачей, 6 специалистов с высшим немедицинским образованием, 1 инструктор по санитарному просвещению) и финансирования профилактической деятельности (в 2010 г. на душу населения приходилось 1 руб. 40 коп., в 2011 г. – менее 1 рубля), низкая заработная плата сотрудников, необеспеченность просветительными материалами медицинских работников и населения (тираж в 439тыс. явно недостаточен для полноценного обеспечения всех жителей края соответствующими материалами), отсутствие структуры, осуществляющей экспертизу и контроль профилактической деятельности.

4. Низкий уровень вторичной профилактики обусловлен отсутствием контроля – внутриведомственного и вневедомственного (ОМС) качества профилактических осмотров и диспансерного наблюдения больных. При среднекраевом показателе в 2011 г. 32672,4 на 100 тыс. состоящих на диспансерном учете, в 63,6% муниципальных образований этот показатель ниже среднекраевого, а в 22,7% отмечается снижение данного показателя.

5. Выявлен низкий уровень знаний врачей и ординаторов в области профилактики. Из 253 врачей и 200 ординаторов только половина респондентов правильно определили значения показателей оптимального и высокого артериального давления. Неоднозначна оценка врачами и ординаторами влияния отдельных болезней системы кровообращения на смертность: они часто не могут проанализировать влияние отдельных факторов риска на развитие этих заболеваний; только 40% респондентов считают, что устранение факторов риска может лишь повлиять на их возникновение; лишь половина врачей и ординаторов знают об эффективности отдельных мер профилактики этих

болезней. Только около 30% респондентов считают профилактику основой их деятельности. Респонденты недостаточно используют меры профилактики для сохранения своего здоровья: 27% мужчин врачей и 45% женщин врачей имеют болезни системы кровообращения; немедикаментозные мероприятия используют $\frac{1}{2}$ врачей. По мнению респондентов, это обусловлено высокой стоимостью лечения (55%) и высоким риском побочных эффектов (33%). У врачей-участковых отмечен более высокий уровень знаний в области профилактики, чем у врачей стационаров и ординаторов.

6. Рост заболеваемости студентов от 1 к 6 курсу обучения связан с низкой приверженностью профилактике заболеваний и здоровому образу жизни: низкую физическую активность отмечают 30% респондентов, табакокурение – 16,7%, употребление алкоголя – 40%, нерегулярное питание 27,8%, высококалорийную пищу употребляют – 62,9%, индекс массы тела $> 25 \text{ кг/м}^2$ имеет 15,2% и индекс массы тела $< 20 \text{ кг/м}^2$ – 7,2% респондентов, гиперхолестеринемию – 27,1%, повышенное артериальное давление – 15%. Уровень знаний и приверженность ЗОЖ у студентов лечебного факультета выше, чем у студентов педиатрического факультета в 1,6 и 1,9 раз соответственно. Среди студентов лечебного факультета рационального питания придерживаются 73%, среди студентов педиатрического факультета – 65%; двигательная активность и закаливание осуществляется 65% и 60% соответственно, личная гигиена – у 61% и 55%, контроль здоровья – у 58% и 50%.

7. Для возможности реализации комплексной, ориентированной на действие стратегии профилактики неинфекционных заболеваний необходимым условием являются новые подходы к обучению будущих врачей в медицинском ВУЗе. Разработанная концептуальная модель обучения предусматривает три направления: додипломное и постдипломное образование и формирование здорового образа жизни среди студентов и преподавателей ВУЗа. Практической основой реализации предложенной концептуальной модели является создание в медицинском ВУЗе самостоятельной кафедры «Профилактика заболеваний, сохранения и укрепления здоровья», которая совместно со специализированными кафедрами обеспечивает первые два направления. Третье

направление обеспечивается созданием в ВУЗе Центра здоровья и общественного комитета из преподавателей и студентов для формирования здорового образа жизни. Информационной поддержкой предложенной модели образования является интернет-ресурс, предназначенный для непрерывного обучения всех врачей региона и формирования здорового образа жизни у населения.

Практические рекомендации

Для медицинских ВУЗов:

- Результаты исследования могут служить информационной базой для организации и внедрения самостоятельной кафедры по обучению студентов и ординаторов профилактике заболеваний, укрепления и сохранения здоровья;

Для Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- для повышения качества и эффективности первичной и вторичной профилактики рекомендовать субъектам РФ осуществлять внутриведомственный контроль деятельности Центров (отделений, кабинетов) медицинской профилактики и диспансерного наблюдения.

Для системы территориальных фондов ОМС, страховых компаний:

- в целях повышения эффективности диспансеризации страховые компании должны осуществлять вневедомственный контроль качества диспансерного наблюдения больных.

Для органов регионального и местного управления здравоохранением обеспечить:

- внутриведомственный контроль качества диспансерного наблюдения больных;
- усиление кадрового потенциала ЦМП и контроля их деятельности;
- повышение квалификации в области ЗОЖ врачей стационаров и амбулаторно-поликлинических медицинских организаций;
- использование в работе методических рекомендаций для обучения медицинских работников по формированию здорового образа жизни и укрепления здоровья населения.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК

1. Алексеенко С.Н. Подготовка студентов медицинских вузов в области профилактики как приоритетная проблема здравоохранения / В.И. Стародубов, С.Н. Алексеенко, Н.П. Соболева // Кубанский научный медицинский вестник. -№ 6(129). – Краснодар, 2011.-С.8- 14.
2. Алексеенко С.Н. Медицинская наука на Кубани: этапы большого пути /Алексеенко С.Н. // Кубанский научный медицинский вестник. - № 5 (119). – Краснодар, 2010. - С.5- 8.
3. Алексеенко С.Н. Факторы, влияющие на психологическое здоровье врачей в начале трудовой деятельности / Алексеенко С.Н. // Кубанский научный медицинский вестник. - № 3(132). – Краснодар, 2012. - С. 8- 11.
4. Алексеенко С.Н. Проблемы формирования здорового образа жизни в медицинской образовательной среде / Алексеенко С.Н. // Кубанский научный медицинский вестник. - № 4 (133). – Краснодар, 2012. - С.10-14.
5. Алексеенко С.Н. Детерминанты здорового образа жизни в представлении студентов медицинского вуза / С.Н. Алексеенко, М.Г. Авдеева, Е.В. Дробот // Международный журнал экспериментального образования РАЕ - 2013, № 1, – С. 111-112.
6. Алексеенко С.Н. Анкетирование студентов – эффективный инструмент мониторинга внутренней среды вуза / С.Н. Алексеенко, Т.В. Гайворонская // Медицинский вестник Северного Кавказа. – Ставрополь, 2012. – №4. – С.96-98.
7. Алексеенко С.Н. Система организационно-информационного обеспечения профилактики / С.Н. Алексеенко, Н.П. Соболева // Медицинский вестник Северного Кавказа. – Ставрополь, 2012. - №1(25). – С.60-63.
8. Алексеенко С.Н. К вопросу обеспечения преемственности динамического наблюдения студентов на базе лечебно-профилактического учреждения вуза / А.А. Половникова, С.Б. Пономарев, Н.П. Соболева, С.Н. Алексеенко, Е.В. Иванов, А.Б. Александров // Казанский медицинский журнал. – Казань, 2012. - Том ХСIII №3. - С.547- 549.
9. Алексеенко С.Н. Влияние отдельных факторов риска на состояние здоровья участников образовательного процесса / А.В. Гурьев, Н.П. Соболева, С.Н. Алексеенко // Саратовский научно-медицинский журнал. – Саратов, 2013, Том 9 № 1. – С. 136-140.
10. Алексеенко С.Н. Современные аспекты образа жизни учащихся школ /А.В. Гурьев, И.М. Сон, С.Н. Алексеенко //Медицинский вестник Башкортостана, 2012. – т.7, №6. – С. 19-23.
11. Алексеенко С.Н. Ценностно-мотивационные приоритеты студентов медицинского вуза в отношении здорового образа жизни / С.Н. Алексеенко, М.Г. Авдеева, Е.В. Дробот // Фундаментальные исследования. – Москва, 2013. - №2. – С.16-20.
12. Алексеенко С.Н. Роль медицинского университета в формировании культуры физической активности населения / Алексеенко С.Н.// Кубанский научный медицинский вестник. – Краснодар, 2013. №1 (136). - С.21-27.
13. Алексеенко С.Н. Роль врачебно-физкультурного диспансера в укреплении и сохранении здоровья / Н.П. Соболева, С.Н. Алексеенко, Т.С.Кузьмина // Кубанский научный медицинский вестник. – Краснодар, 2013. №1 (136). - С.158-162.
14. Алексеенко С.Н. Формирование компетенций по медицинской профилактике у выпускников медицинского вуза в контексте их участия в проектной деятельности /С.Н. Алексеенко, М.Г. Авдеева, Е.В. Дробот // Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. – 2013. № 3 (31) – [URL:http://vestnik.madnet.ru/content/view/484/30/lang.ru/](http://vestnik.madnet.ru/content/view/484/30/lang.ru/)
15. Алексеенко С.Н. Оценка осведомленности врачей первичного звена здравоохранения в вопросах профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / С.Н. Алексеенко, М.Г. Авдеева, О.В. Бабичева // Социальные аспекты здоровья населения.

Информационно-аналитический вестник. – 2013. № 2 (30) –
[URL:http://vestnik.madnet.ru/content/view/469/30/lang.ru/](http://vestnik.madnet.ru/content/view/469/30/lang.ru/)

16. Алексеенко С.Н. Опыт организации профилактической работы по сохранению и улучшению здоровья контингента учащихся Кубанского государственного медицинского университета посредством создания «Центра здоровья» / С.Н. Алексеенко, Д.А. Губарева // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. Том 8 № 1. – С. 79-81.
17. Алексеенко С.Н. Система образования в области профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни в медицинском вузе / Стародубов В.И., Соболева Н.П., Алексеенко С.Н. // Фундаментальные исследования. – 2013. - №5, ч.II. – С. 398-403.

Монографии, статьи и материалы конференций

18. Алексеенко С.Н. Экологическое воспитание как инструмент формирования безопасной окружающей среды и охраны здоровья населения / С.Н. Алексеенко, П.В. Нефедов // Экология: Наука и безопасность, просвещение и воспитание: материалы научно практической конференции. (Краснодар, 02.11.2011 г.) – Краснодар, 2011. С.107-115.
19. Алексеенко С.Н. Организационное обеспечение всеобщей диспансеризации населения / В.И. Стародубов, И.М. Сон, Н.П. Соболева, С.Н. Алексеенко // Аналитический вестник №33 (476). – Москва, ноябрь 2012. – С.33-39.
20. Алексеенко С.Н. Актуальные вопросы формирования системы управления здравоохранением в муниципальных образованиях / С.Н. Алексеенко, Н.Н. Карякин // Советник бухгалтера в здравоохранения. – Краснодар, 2008. - №5. – С.13.
21. Алексеенко С.Н. Опыт работы скорой медицинской помощи в условиях агропромышленного региона / А.С. Багдасарьян, С.Н. Алексеенко, И.Д.Мирошников, А.В. Михалевич, Ж.А. Камалян // Скорая медицинская помощь – Краснодар, 2009. - №2. – С.21-24.
22. Алексеенко С.Н. Развитие взаимодействия образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования и органов управления здравоохранения как основа модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации / Алексеенко С.Н. // Медицинский вестник Юга России. Краснодар, 2011. – №2. – С.15-17.
23. Алексеенко С.Н. Формирование здорового образа жизни у студентов Кубанского государственного медицинского университета / Алексеенко С.Н. // Медицинское образование: Сборник тезисов III Общероссийской конференции с международным участием (Москва 4-6 апреля 2012г.). Москва, 2012. - С.9-10.
24. Алексеенко С.Н. Качество образования – основной критерий деятельности медицинского университета / С.Н. Алексеенко, Т.В. Гайворонская, А.Н. Редько // Здоровье населения – основа процветания России: Материалы V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (26-27 апреля 2011 года). – Анапа, 2011. - С.17-18.
25. Алексеенко С.Н. Основные направления стратегического планирования в профилактике заболеваний / С.Н. Алексеенко, Н.П. Соболева // Здоровье населения – основа процветания России: Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (25-26 апреля 2012 года). – Анапа: Издание филиала РГСУ в г. Анапе, 2012. - С. 269-271.
26. Алексеенко С.Н. Концептуальный подход в организации профилактической службы в регионе / И.М. Сон, Н.П. Соболева, С.А. Леонов, А.В. Сивцева, С.Н. Алексеенко // Здоровье населения – основа процветания России: Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (25-26 апреля 2012 года). – Анапа: Издание филиала РГСУ в г. Анапе, 2012. - С. 276-279.

27. Алексеенко С.Н. О состоянии здоровья населения Краснодарского края в 2008 году. Государственный доклад / Под. ред. С.Н. Алексеенко, Е.Н. Редько, С.Н. Стриханов, М.А. Вартазарян, др. // Краснодар: ГУЗ МИАЦ. 2009. – 129 с.
28. Алексеенко С.Н. О состоянии здоровья населения Краснодарского края в 2009 году. Государственный доклад / Под. ред. Е.Н. Редько, Н.В. Босак, М.А. Вартазарян, С.Н. Стриханов, С.Н. Алексеенко др. // Краснодар: ГУЗ МИАЦ. 2010. – 150 с.
29. Алексеенко С.Н. О состоянии здоровья населения Краснодарского края в 2010 году. Государственный доклад / Под. ред. Е.Н. Редько, Н.В. Босак, М.А. Вартазарян, С.Н. Стриханов, С.Н. Алексеенко др. // Краснодар: ГУЗ МИАЦ. 2011. – 271 с.
30. Алексеенко С.Н. Роль Кубанского государственного медицинского университета в модернизации практического здравоохранения Краснодарского края/ Алексеенко С.Н.// Актуальные вопросы инфекционной патологии: Материалы VII Научно-практической конференции Южного Федерального округа с международным участием (Краснодар, 17-18 мая 2012 г.). - Краснодар, 2012. - С. 3-7.
31. Алексеенко С.Н. Избранные вопросы медицины катастроф: Учебное пособие / А.С. Багдасарьян, Д.В. Пухнак, Ж.А. Камалян, А.Г. Старицкий, Н.Е. Ермаченко, Е.В. Геращенко, А.И. Вечкутов, С.Н. Алексеенко - Краснодар, 2011г. – 256 с.
32. Алексеенко С.Н. Методические рекомендации по профилактике и коммунальной стоматологии: Методическое пособие / С.Н. Алексеенко, Л.Н. Скорикова, Г.Н. Осадчая – Краснодар, 2012г. - 167 с.
33. Алексеенко С.Н. Организационно-методическое обеспечение профилактики на уровне региона. Монография / Н.П. Соболева, С.Н. Алексеенко. - М.: РИО ЦНИИОИЗ, - 2010г. – 176 с.
34. Алексеенко С.Н. Информационное письмо по заполнению «Паспорта акушерско-гинекологической службы» / Н.В. Мингалева, Т.Н. Перепелкина, Е.Ю. Бороденко, С.Н. Алексеенко, Г.А. Пенжоян // - Краснодар, 2011. – 18 с.
35. Алексеенко С.Н. «Учебные задания и ситуационные задачи по клиническим и организационным вопросам оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе» для студентов медицинских вузов / С.Н. Алексеенко, В.В. Горбань, Л.В. Бурба, Е.М. Филипченко, И.С. Корольчук // -Краснодар, 2012. -104с.
36. Алексеенко С.Н. «Диспансеризация студентов» / С.Н. Алексеенко, В.В. Горбань, Л.В. Бурба // - Краснодар, 2013. -36с.
37. Алексеенко С.Н. Мы стремимся соответствовать мировым стандартам / Алексеенко С.Н. // Здоровье нации – новая стратегия. – Москва, 2013. №23. – С.18-19
38. Алексеенко С.Н. Некоторые аспекты отношения к здоровому образу жизни студентов с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний в зрелом возрасте / Алексеенко С.Н., Авдеева М.Г., Дробот Е.В. / Материалы научно-практической конференции с международным участием "Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация 2013" Москва 3-4 апреля, приложение к журналу Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2013.- 12 апреля.- специальный выпуск. -С. 42.
39. Алексеенко С.Н. Обучение в области профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ в медицинском ВУЗе / Монография / Стародубов В.И., Алексеенко С.Н., Соболева Н.П. – М., РИО «ЦНИИОИЗ»,
40. Алексеенко С.Н. Диагностическое тестирование студентов первого курса – один из механизмов внутривузовской системы качества образовательного процесса / Алексеенко С.Н., Гайворонская Т.В., Шадрин Э.М. // Медицинское образование и вузовская наука. – М., 2013. - № 1(3). – С. 9-12.
41. Алексеенко С.Н. Основные принципы формирования здорового образа жизни на уровне субъекта Российской Федерации / Алексеенко С.Н., Сон И.М., Соболева Н.П., Редько А.Н. // Методические рекомендации. – Краснодар. – 2013. – 29 с.