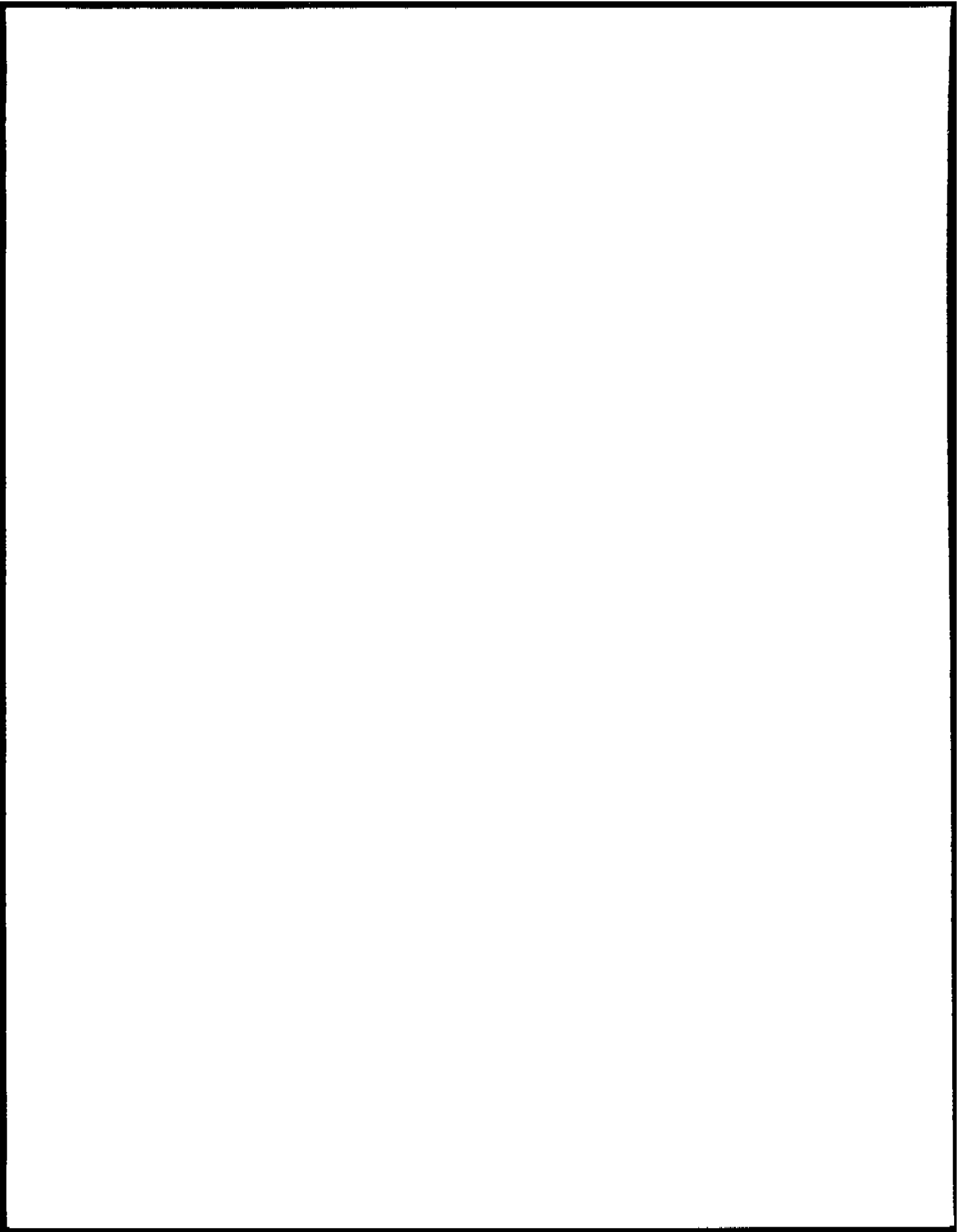


НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОХРАНЕ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Отчет о конференции, созванной
Европейским региональным бюро
Всемирной организации здравоохранения

Москва
11-15 ноября 1974 г.

В продажу не поступает
Распространяется
ЕВРОПЕЙСКИМ РЕГИОНАЛЬНЫМ БЮРО
Всемирной организации здравоохранения
КОПЕНГАГЕН
1976



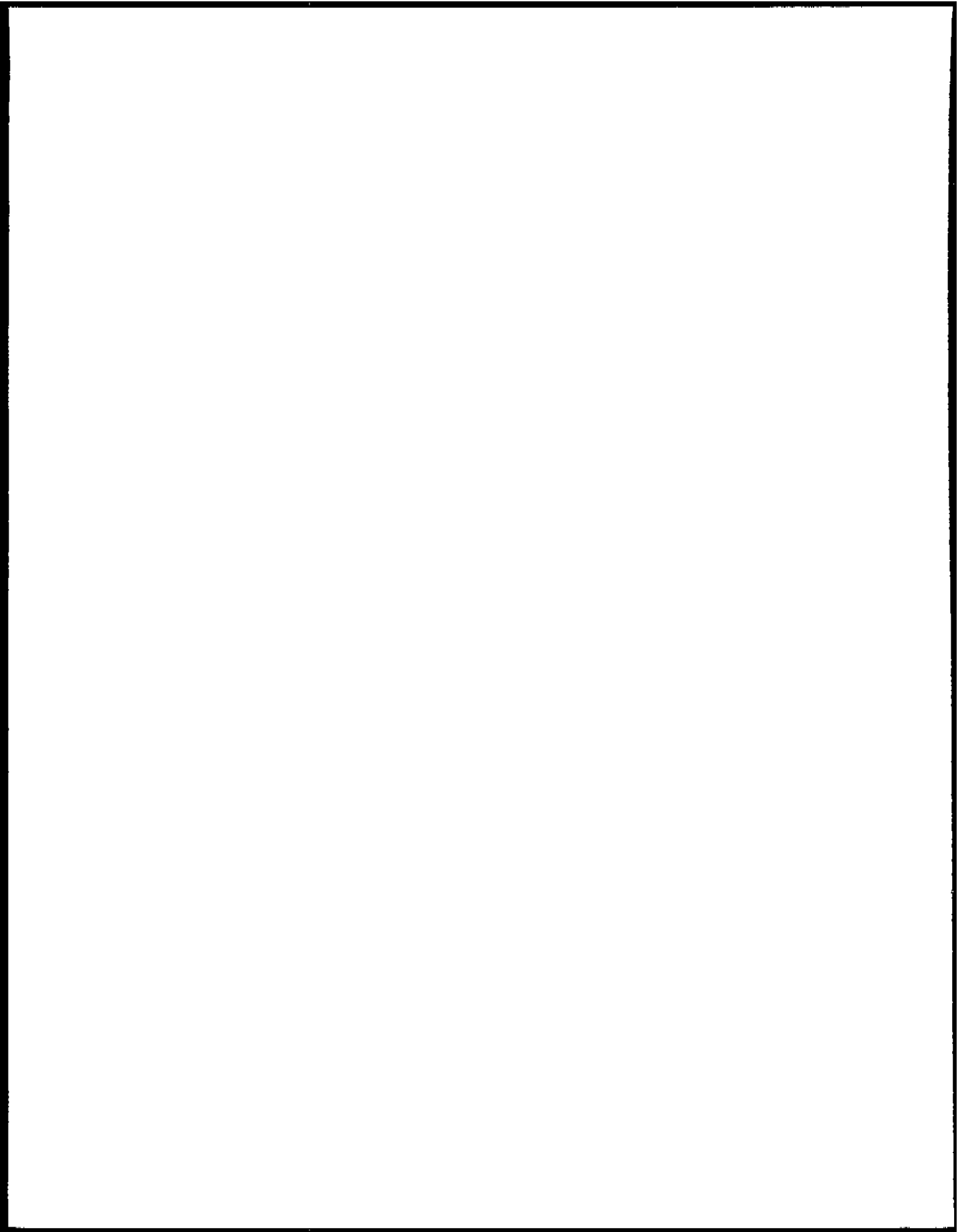
Примечание

Настоящий отчет подготовлен Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения для правительств государств-членов ВОЗ, входящих в Европейский регион, а также для участников Конференции по новым тенденциям в охране материнства и детства. Ограниченное количество экземпляров отчета, предназначенных для лиц, связанных с данной областью исследования по своему служебному положению или по роду своей профессиональной деятельности, имеется в Европейском региональном бюро ВОЗ в Копенгагене по адресу: WHO Regional Office for Europe, Scharfigsvej 8, 2100 Copenhagen Ø, Denmark.

Выраженные участниками данной Конференции взгляды и точки зрения не обязательно отражают решения или установленную политику Всемирной организации здравоохранения.

Используемые в отчете обозначения и приводимые в нем материалы не являются выражением мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района, либо их властей или же по вопросу определения их границ. Когда в заголовках таблиц дается обозначение "страна или район", оно подразумевает страны, территории, города или районы.

Настоящий отчет имеется также на английском и французском языках.



СОДЕРЖАНИЕ

| | <u>Стр.</u> |
|--|-------------|
| 1. Введение | 1 |
| 1.1 Цель конференции и круг обсуждавшихся вопросов. | 1 |
| 1.2 Предыдущая работа ВОЗ в области развития служб охраны материнства и детства | 1 |
| 2. Открытие конференции | 2 |
| 3. Обзор программ охраны материнства и детства в Европе | 4 |
| 3.1 Разнообразие служб в Регионе. | 4 |
| 3.2 Недостатки служб в Регионе. | 6 |
| 3.3 Недостатки в обеспечении современной информацией. | 7 |
| 3.4 Проблемы в планировании, оценке и принятии решений о первоочередных задачах. | 7 |
| 3.5 Нехватка людских и финансовых ресурсов. | 7 |
| 3.6 Недостатки в развитии научных исследований. | 8 |
| 3.7 Недостаточное внедрение в практику результатов научных исследований. | 8 |
| 3.8 Проблемы в санитарном просвещении. | 9 |
| 4. Актуальные проблемы – краткий обзор | 9 |
| 4.1 Необходимость учитывать изменения в характере заболеваемости. | 9 |
| 4.2 Проблемы, возникающие в связи с нашей способностью предсказывать болезнь, вмешиваться в ее течение и в репродуктивную систему. | 10 |
| 4.3 Проблемы поведения человека и его здоровья. | 10 |
| 4.4 Проблемы, возникающие в связи с нашей способностью оценивать медицинскую помощь. | 10 |
| 4.5 Примеры | 10 |

| | <u>Стр.</u> |
|--|-------------|
| 5. Решения – предварительный подход к требуемой информации. . . | 11 |
| 5.1 Введение. | 11 |
| 5.2 Современные достижения в понимании социальных и психологических факторов здоровья семьи | 11 |
| 5.3 Современные достижения эпидемиологических и популяционных исследований в области здоровья семьи | 12 |
| 5.4 Последние достижения в области разработки информационных систем и методов сцепления данных | 14 |
| 6. Стратегия – цели служб охраны здоровья семьи и примеры планирования | 15 |
| 6.1 Введение. | 15 |
| 6.2 Согласованные цели стратегии охраны здоровья семьи. . . | 16 |
| 7. Задачи на будущее. | 22 |
| 7.1 Введение. | 22 |
| 7.2 Семья как экологическая единица | 23 |
| 7.3 Соответствие между нуждами, запросами и службами. . . . | 23 |
| 7.4 Возникающие проблемы. | 24 |
| 8. Выводы и рекомендации. | 29 |
| 8.1 Роль ВОЗ. | 31 |
| 8.2 Перестройка служб | 31 |
| 8.3 Подготовка персонала. | 31 |
| 8.4 Научные исследования. | 31 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 1 Примеры проблем, обсуждавшихся в Части 4 | 33 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ II Повестка дня | 34 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ III Список рабочих документов и исходного материала. . | 35 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ IV Список участников. | 36 |

1. ВВЕДЕНИЕ

С 11 по 15 ноября 1974 г. в Москве проходила конференция, посвященная новым тенденциям в охране материнства и детства, которая была организована Европейским региональным бюро ВОЗ в сотрудничестве с правительством СССР.

1.1 Цель конференции и круг обсуждавшихся вопросов

Целью настоящей конференции было обеспечить широкий обмен информацией о современном положении служб охраны материнства и детства и тенденциях в этой области, причем особое внимание уделялось современным методам и применению новой стратегии в решении проблем, связанных с охраной здоровья семьи. В рамках этих задач обсуждались более широкие аспекты охраны здоровья семьи, в том числе профилактика болезней путем распространения санитарно-гигиенических знаний, выявление особо уязвимых групп посредством скрининга, использование эпидемиологических и социологических методов, а также развитие систем информации.

1.2 Предыдущая работа ВОЗ в области развития служб охраны материнства и детства

На основании изучения предыдущих ежегодных программ Европейского регионального бюро ВОЗ можно сделать заключение о его значительном внимании к вопросу охраны здоровья семьи.

Еще несколько лет назад направление деятельности носило преимущественно традиционный характер, т.е. основное внимание уделялось ортодоксальным проблемам профилактической и лечебной медицины. В последние годы, однако, открылись новые перспективы; показателем этих перемен является включение социального элемента в рассмотрении проблемы охраны материнства и детства.

Все участники были обеспечены соответствующей информацией, в частности, о работе двух недавно состоявшихся конференций, на которых обсуждались эти проблемы.

Отчет Рабочей группы, которая занималась вопросами оценки деятельности служб ОМД в некоторых странах Региона,¹ содержит важные определения некоторых основных понятий, таких, как нужды, потребности, использование,

¹ Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро (1974) Рабочая группа по оценке служб ОМД в некоторых странах Европейского региона, Копенгаген, 25-28 сентября 1973 г., Отчет, Копенгаген

эффективность, экономический эффект и результаты; роль служб ОМД в планировании семьи явилась предметом обсуждения конференции,¹ которая рассмотрела с привлечением новейших данных современное положение в области охраны материнства и детства, в частности в свете задач планирования семьи, и изучила вопрос о том, как эти нужды наиболее эффективно могут быть удовлетворены основными службами здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ считает, что настоящая конференция уже выявила некоторые новые сдвиги, что традиционная концепция охраны здоровья матери и ребенка является все еще слишком узкой и что назрела необходимость в более широком подходе к концепции охраны здоровья семьи. Изменения в обществе наряду с быстрым техническим прогрессом оказывают влияние не только на медицинское обслуживание, но и на все аспекты охраны здоровья семьи.

На конференции присутствовали 38 представителей из 32 стран (в том числе 4 из Региона Восточного Средиземноморья), 15 временных советников, представители 4 международных организаций, 9 наблюдателей из СССР, Германской Демократической Республики и Финляндии, консультанты и штатные сотрудники Европейского регионального бюро ВОЗ и штаб-квартиры ВОЗ. Таким образом, конференция собрала вместе специалистов по планированию здравоохранения, администраторов и организаторов служб охраны материнства и детства и охраны здоровья семьи, должностных лиц, ответственных за состояние охраны материнства и детства на правительственном уровне, руководителей программ ОМД и планирования семьи, а также преподавателей и научных работников в этих областях.

2. ОТКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

К участникам конференции с приветственной речью обратился заместитель министра здравоохранения СССР д-р Д.Д. Венедиктов. Во вступительном слове он отметил свое личное участие в деятельности по охране здоровья матери и ребенка. Он высказал мнение, что усилия, направленные на улучшение здоровья семьи, должны рассматриваться всеми правительствами Государств-членов, а также международными организациями в качестве одной из первоочередных задач. Демографические и последние достижения в области медицины ставят новые проблемы, которые могут быть решены, если деятельность по охране здоровья семьи будет соответствовать духу Декларации прав человека.

¹ Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро (1974) Конференция по вопросу о роли служб ОМД в планировании семьи, Любляна, 4-8 декабря 1972 г., Отчет, Копенгаген

Директор служб здравоохранения д-р Ф.А. Баухофер в своей приветственной речи дал обзор положения в мире в сфере укрепления охраны материнства и детства. Ввиду как в развитых, так и в развивающихся странах этот вопрос является сложным и трудным. Правительства пытаются разрешить некоторые трудности при посредстве Организации Объединенных Наций и ее специализированных учреждений; службам охраны здоровья ребенка, в том числе вопросам планирования и питания в Плане развития ООН уделяется первостепенное значение.

Был создан фонд ООН для поощрения деятельности в области народонаселения, и именно этот фонд, поддержанный всеми правительствами государств-членов ООН, финансировал работу настоящей конференции. ВОЗ тесно сотрудничает с этим фондом ввиду ее заинтересованности в успешном осуществлении программ, касающихся наиболее сложных аспектов народонаселения, а именно охраны здоровья семьи и планирования семьи.

Д-р Баухофер высказал сомнение, не становимся ли мы слишком прямолинейными в нашем подходе к решению проблем. В достаточной ли степени мы учитываем меняющиеся нужды? Охрана здоровья семьи и планирование семьи ставят перед нами много новых вопросов, и некоторые из них стали предметом обсуждения на настоящей конференции. Он коснулся таких проблем, как аборт, миграция населения, быстрая индустриализация и новые концепции о социальном и психическом здоровье. В заключение он обратил особое внимание на то, что конференция должна не только рассмотреть существующее положение, но и представить свои соображения о том, какие новые потребности в профилактических и лечебных службах могут возникнуть в будущем и как их можно будет удовлетворить. Он напомнил, что "здоровье начинается дома".

Председателем была избрана заместитель министра здравоохранения СССР профессор Е.Ч. Новикова, заместителями председателя — д-р П. Сигурдсон, Исландия; д-р Альфреда Белхай, Марокко, и профессор Л.С. Продом, Швейцария.

Составителями отчета были назначены д-р Элизабет Функе и профессор Е.М. Бакитт, консультанты Европейского регионального бюро.

Обязанности секретаря выполнял д-р М. Постильоне (ВОЗ). Он объяснил, что участники конференции должны сначала рассмотреть современное положение, определить недостатки в службах и другие проблемы, а затем приступить к рассмотрению имеющихся методов, которые могут оказаться полезными для расширения наших знаний и содействовать разработке новой стратегии для решения проблем. Наконец, участники должны обратиться к будущему и попытаться выработать согласованное мнение относительно характера будущих проблем и той роли, которую ВОЗ может сыграть в их решении.

3. ОБЗОР ПРОГРАММ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В ЕВРОПЕ

В начале своего обзора председатель отметила большую заботу правительства СССР о постоянном развитии служб охраны материнства и детства. В частности, профессор Е.Ч. Новикова обратила внимание участников конференции на ряд нововведений в службах ОМД в СССР. Среди них следует указать также, как акцент на гигиену брака, медико-гигиенические консультации, охрану здоровья работающих беременных женщин путем постоянного улучшения условий труда, санаторное лечение для женщин с различными видами акушерской патологии, развитие гинекологии детского возраста с целью раннего выявления и снижения частоты различных форм нарушений полового созревания у девочек и предупреждения развития многих функциональных и органических заболеваний.

Председатель особо обратила внимание участников конференции на то обстоятельство, что легализация аборт в СССР является не частью программы демографического контроля, а скорее крайней мерой, к которой приходится прибегать в тех случаях, когда контрацептивные методы регулирования численности семьи не достигают цели. Введение такой системы не отразилось на показателях рождаемости в СССР — опасение, высказываемое некоторыми представителями правительств, предполагающих внести изменения в законодательство об абортах в их странах.

3.1 Разнообразие служб в Регионе

В качестве справочного материала относительно общего положения в Европе было представлено два доклада. Они основывались частично на результатах обследования, проведенного недавно Европейским региональным бюро. Хотя из всех стран Региона требуемую информацию представили только 18 стран, можно было сделать некоторые общие выводы, которые были подтверждены на групповых дискуссиях.

Почти во всех странах службы ОМД основываются на давно установившейся традиции. Эта традиция складывалась исходя из простых нужд матерей, заботящихся о здоровье своих детей; из потребностей в обучении уходу за ребенком, необходимости в предупреждении недоедания, анемии, рахита и борьбы с инфекционными болезнями. Были достигнуты значительные успехи, и эти достижения еще более укрепились с развитием химиотерапии и появлением антибиотиков.

Быстро меняющееся общество, однако, со всеми техническими достижениями современной жизни, создает новые проблемы, которые, по-видимому, оказывают не меньшее влияние на благополучие матери и ребенка, чем те, которые имелись в прошлом. Новые социальные условия и окружающая среда, в которых существует семья, отражаются на здоровье всех ее членов. Эти проблемы социальной адаптации, которые находят свое отражение, например, во все возрастающем числе многообразных нарушений детского возраста, требуют в какой-то

мере пересмотреть традиционный подход к решению проблем и выдвигают на первое место необходимость в профилактических мерах на более широкой основе, в частности в области психологии и общественного поведения.

Затем участники конференции рассмотрели вопросы, связанные с большим разнообразием служб и программ ОМД в Регионе и с большим диапазоном материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

3.1.1 Различные исторические условия и административные структуры

Обсуждались очевидные причины наблюдающихся различий. Некоторые из них связаны с различиями в исторических условиях и административных структурах. Укоренившиеся и длительное время существующие традиции в ряде случаев могут представлять скорее препятствие, чем облегчение, в частности, когда требуется осуществить новую координацию и интеграцию всех частей служб ОМД. Следует различать страны с четкой иерархической и централизованной организацией служб и страны, где преобладают децентрализованные плюралистические системы с менее четко определенной степенью ответственности.

3.1.2 Различия в определении первоочередных задач

Обследование показало, что любая организационная форма может обеспечить приемлемое качество обслуживания, но централизация ответственности — организованная служба — гарантирует от низкого качества. Первоочередные задачи в развитых и развивающихся странах, естественно, должны быть различными. В развивающихся районах медико-санитарное обслуживание все еще сводится в основном к предоставлению лечебной помощи и мероприятиям по оздоровлению окружающей среды, особенно в странах, где основными проблемами здравоохранения являются недостаточное питание, инфекционные болезни и малярия. Но даже эти условия отражают нарушения в экологии человека и социально-экономическом равновесии — факт, который не всегда признается.

В высокоразвитых промышленных странах некоторые службы ОМД имеют другую форму организации и ставят первоочередные задачи, более соответствующие новым проблемам. Другие же, несмотря на возникновение новых проблем современного общества, остаются без изменений.

Высокие показатели заболеваемости и все увеличивающееся число различных неврологических расстройств среди детей не привели в этих районах к каким-либо изменениям в службах.

3.1.3 Различное отношение к вопросам планирования семьи

Эти различия оказывают определенное влияние на обслуживание, предоставляемое матери и ребенку. Хотя было доказано и, конечно, всеми признано, что регулирование фертильности будет иметь огромное положительное влияние на здоровье семьи, создание соответствующих консультативных служб в некоторых

странах происходит очень медленно. Это не всегда отражает низкий общий уровень служб ОМД, а скорее объясняется социально-культурными и психологическими факторами, преобладающими в этих районах. Некоторые представители этих стран выразили мнение, что необходимо более глубоко изучить побочное действие контрацептивов, прежде чем предлагать населению общие рекомендации.

3.1.4 Различия в отношении к медицинской информации и статистике

Источники медико-санитарной информации и статистики в некоторых странах совершенно отделены от медико-санитарной помощи, и это наряду с неправильной интерпретацией вызывает отсутствие интереса к цифровой точности и статистической информации вообще.

3.2 Недостатки служб в Регионе

По результатам обследования ВОЗ дана ориентировочная балльная оценка качества предоставляемого обслуживания, составленная на основании общего числа видов помощи, предоставляемых каждой программой, доли населения, для которого этот вид помощи доступен, и доли населения, которая пользуется этой помощью. Такая оценка предполагает, что чем более разнообразны виды помощи, которые предоставляет служба, и чем больше число лиц, которые пользуются ею, тем она лучше.

Недостатки служб отмечаются в большинстве стран, даже в отношении ортодоксальных и лечебных программ. Так, 9 из 18 стран Региона сообщили, что все еще имеют место роды на дому без какой-либо врачебной помощи; только в 7 странах производится медицинский осмотр всех новорожденных детей и в 9 странах скрининг на фенилкетонурию доступен только небольшому числу детей. (Следует напомнить, что страны, принимавшие участие в обследовании, не представляют случайного "поперечного разреза" Региона.) Для детей в возрасте старше одного года такие службы, по-видимому, еще менее развиты, чем для грудных детей. Только около половины детей возрастной группы 2-5 лет, по-видимому, имеют возможность проходить обследование на выявление возможных нарушений их развития и сенсорных дефектов. Службы охраны здоровья школьников по-прежнему ориентируются на врача, и только в немногих странах бригады школьных медицинских работников включают медицинских сестер, психологов, социальных работников и зубных врачей.

Что касается использования служб, то по мнению участников конференции, эти службы используются крайне недостаточно теми, кто в них более всего нуждается, а стратегия профилактической охраны здоровья лиц, наиболее подверженных риску, осуществляется лишь в весьма незначительной степени, причем это обобщение справедливо в отношении как беременных женщин, так и групп детей высокого риска.

3.3 Недостатки в обеспечении современной информацией

Обсуждался вопрос о недостаточном обеспечении современными данными и об отсутствии надлежащих систем медико-санитарной информации для оценки служб ОМД; многие участники конференции признали такое положение значительным недостатком.

Во многих странах имеются независимые друг от друга банки данных и специальные регистры, располагающие традиционными сведениями о здоровье семьи, однако данные об одном и том же лице объединить нельзя. Даже существующие сведения о лицах, обращающихся за медицинской помощью, нельзя назвать ни полными, ни единообразными, а качество и достоверность различных записей часто вызывает сомнение.

Поэтому все согласилось с тем, что традиционные сведения в том виде, в каком они собираются в настоящее время, малопригодны для целей оценки.¹

3.4 Пробелы в планировании, оценке и принятии решений о первоочередных задачах

Такие пробелы должны рассматриваться как одна из причин существующих недостатков. Четкое определение целей, предшествующих усилиям, направленным на заполнение этих пробелов, часто отсутствует, а степень ответственности на различных уровнях служб нередко определена неясно. Все согласилось с тем, что определение целей является частью непрерывного процесса развития, и поэтому они нуждаются в постоянном пересмотре. Иногда они определяются политическими деятелями, а не специалистами здравоохранения. Было высказано мнение, что только тесное сотрудничество между этими двумя группами может служить гарантией оптимальных результатов.

3.5 Нехватка людских и финансовых ресурсов

При все обсуждениях о необходимости изменений в качестве основных затруднений неизменно упоминаются нехватка квалифицированного персонала и ограниченность финансовых ресурсов. На конференции было представлено много стран, где эти затруднения являются главными проблемами. Они часто усугубляются некоординированным и нерациональным использованием имеющихся ресурсов, а также неправильным подходом к определению первоочередных нужд. Например, сложным и дорогостоящим методам антенатального скрининга не следует уделять больше внимания и ресурсов, чем простым, более дешевым и общедоступным акушерским службам.

¹ Это относится к сведениям об использовании медицинской помощи и, конечно, неприменимо к таким показателям, как доля населения, подвергшегося иммунизации, и т.д.

Дублирование видов деятельности, особенно в странах с широко развитой системой добровольных и неправительственных организаций, которые опираются на общественные фонды, истощает средства в большей степени, чем это оправдывается результатами.

Проблемы людских ресурсов часто возникают не столько в результате дополнительных задач, сколько вследствие изменения задач. Многие функции, которые с успехом может выполнять неврачебный персонал, все еще входят в обязанности врачей, хотя часто можно слышать жалобы на вызывающую тревогу нехватку медицинского персонала. Эта проблема подчеркивалась во время дискуссии по выполнению программы планирования семьи, в частности в связи с определением обязанностей акушерок.

Поскольку программы подготовки для всех специалистов здравоохранения в большинстве стран Региона все еще основаны на традиционных схемах и никаких поправок в них в соответствии с изменившимися нуждами не сделано, недостатки в этой области совершенно очевидны.

Было также отмечено, что в тех странах, где медицинское обслуживание осуществляется частнопрактикующими врачами, часто приходится преодолевать сопротивление каким-либо переменам со стороны этих врачей, поскольку большинство перемены предполагает снижение их доходов.

3.6 Недостатки в развитии научных исследований

Из-за отсутствия исследований многие вопросы, касающиеся потребностей в службах ОМД и характеристик оптимальных служб ОМД, до сих пор не получили ответа. Мало известно об отдаленных последствиях воздействия на здоровье матери и ребенка факторов социальной и окружающей среды в различных этнических группах. В качестве примера указывались пагубные последствия для здоровья недостаточного питания в грудном и раннем детском возрасте и связь этой недостаточности с болезнями во взрослом состоянии.

Некоторые участники заявили, что они не решаются выступать в пользу создания служб планирования семьи в их странах, поскольку они считают, что необходимы дальнейшие исследования в области регулирования рождаемости и его последствий до того, как будет начато осуществление широких программ.

Гинекологические службы детского и подросткового возраста только начинают развиваться в некоторых странах и поэтому нуждаются в дальнейших исследованиях.

3.7 Недостаточное внедрение в практику результатов научных исследований

Во многих странах эта проблема все еще является значительной. Такие достижения, как более глубокое понимание физиологии репродуктивной системы и ее влияние на здоровье, а также эмбриологии органогенетики, недозрелости — ее причин и мер по уходу, физиологического и психологического

развития ребенка в семье, не привели к соответствующим переменам в концепциях и практике в области охраны здоровья семьи.

Как показало обследование ВОЗ, относительно простые для внедрения в практику службы, например скрининг на фенилкетонурию, развиты совершенно недостаточно.

3.8 Пробелы в санитарном просвещении

Низкий уровень санитарного просвещения во всех областях и особенно в области здоровья семьи отмечается как основной недостаток в большинстве стран Региона. Такое положение является более серьезным в развивающихся странах, где эта проблема составляет часть проблемы всеобщего образования. Удивительно низкий уровень знаний в отдельных областях отмечается даже в высокоразвитых в промышленном отношении частях Региона. Здесь основные пробелы в знаниях населения связаны с такими областями, как планирование семьи, отдаленные последствия перекармливания в младенчестве, нарушения развития личности и поведения.

4. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ - КРАТКИЙ ОБЗОР

На основе анализа деятельности разнообразных служб и сообщений о недостатках работы служб по охране здоровья матери, детей и семьи в Регионе представляется возможным указать на некоторые актуальные проблемы. Некоторые из них, например такие, как отсутствие оценки и нововведений или отказ от признания некоторых более важных психосоциальных проблем семьи, могут быть связаны с культурными либо историческими традициями, либо с самой системой медицинской помощи. Многие проблемы поэтому будут, видимо, оставаться без изменений и о них будет упомянуто снова в разделе "Задачи на будущее" (Часть 7). Другие проблемы, возможно, более поддающиеся решению, возникают в связи с изменениями в социальной и медицинской сферах.

4.1 Необходимость учитывать изменения в характере заболеваемости

В большинстве стран Региона потребности семей в медицинской помощи претерпели очень сильные изменения. Отмечается не только общее снижение смертности от инфекционных болезней, что коснулось большей части населения в Регионе (и, конечно, больше всего детского населения), но и тот факт, что все еще существуют нарушения здоровья, представляющие собой сложную многофакторную проблему. Отсюда озабоченность со стороны специалистов в области медицины и здравоохранения по поводу заболеваемости и неудовлетворительного состояния здоровья, которые в настоящее время имеют гораздо большее значение, чем раньше. Порядок первоочередных задач изменился. Были отмечены такие проблемы, как врожденные пороки развития, умственная

неполноценность, онкологические заболевания, различные формы материнской заболеваемости, связанные с патологическими или частыми родами, и преступность несовершеннолетних.

4.2 Проблемы, возникающие в связи с нашей способностью предсказывать болезнь, вмешиваться в ее течение и репродуктивную систему

Наши знания в этой области привнесли с собой не только новые опасности (такие, как тромбоз, вызванный некоторыми химическими контрацептивами, или тератогенез в результате употребления некоторых лекарственных препаратов), но и заставили задуматься над сложными проблемами скрининга, специфичности и чувствительности имеющихся скрининг-тестов и прежде всего о том, оправдывают ли результаты нашего вмешательства наши издержки. Поскольку вмешательство должно рассматриваться только в отношении тех, кто подвергается риску, существенное значение приобретает категоризация риска. На основании категоризации риска возникают стратегии высокого риска (или планы для вмешательства), о которых так часто упоминали участники конференции. Изменения в нашей способности вмешиваться в репродуктивную функцию создают для нас новые и очень важные психосоциальные проблемы, а также проблемы, связанные с приемлемостью новых методов.

4.3 Проблемы поведения человека и его здоровья

Представляется вероятным, что по мере снижения показателей смертности общество будет располагать временем и желанием изучить заболеваемость во всех деталях. Участники конференции неоднократно возвращались к этим вопросам и, в частности, к вопросу о качестве семейной жизни и удовлетворения чаяний и запросов потребителей медицинской помощи.

4.4 Проблемы, возникающие в связи с нашей способностью оценивать медицинскую помощь

Обсуждение нужд и нашей способности оценивать эффективность служб (и, таким образом, выносить решения о первоочередных национальных задачах) только началось, но тем не менее это следует рассматривать как важный отправной пункт для дальнейших нововведений и как одну из главных проблем медицинской помощи. Участники неоднократно указывали на необходимость определения "конечных точек" измерения или "показателей здоровья", а также отмечали негативное отношение ко всем формам контроля врачей в некоторых странах.

4.5 Примеры

Отдельные примеры проблем, обсуждавшихся разными группами (разделы от 4.1 до 4.4) приведены в Приложении 1.

5. РЕШЕНИЯ – ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ТРЕБУЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ

5.1 Введение

Из многих возможных вариантов подхода к решению актуальных проблем, стоящих перед странами Региона, участники конференции особо внимательно рассмотрели три: 1) психологические и социологические исследования; 2) эпидемиологические исследования; 3) использование новых информационных систем и методов сцепления данных о семьях и отдельных лицах. Упоминались, но широко не обсуждались другие весьма перспективные методы решения проблем, например, новые методы управления (включая системный анализ, моделирование, исследование операций и анализ экономической эффективности). Однако их необходимо учитывать при любом всестороннем подходе к решению проблем неудовлетворительного состояния здоровья семьи. Новые методы были названы лишь в качестве иллюстративных примеров, и их обсуждение ни в коей мере не следует рассматривать как всеобъемлющий обзор.

5.2 Современные достижения в понимании социальных и психологических факторов здоровья семьи

Наиболее важные и весьма интересные недавние успехи в понимании репродуктивной деятельности и состояния здоровья детей явились результатом демонстрации взаимоотношений (не обязательно причинных) между условиями внутриутробного периода и раннего детства (например, алиментарная и другие виды недостаточности) и неспособностью реализовать в полной мере интеллектуальный или физический потенциал в более позднем возрасте. Более того, социальное неравенство и обездоленность (хорошо известный комплекс бедности в новом и более сложном понимании) также имеют свои отдаленные и непосредственные последствия. Социальная ущербность в настоящее время связана не только с бедностью, но часто также с тем или иным стилем жизни. Немаловажными последствиями этого являются высокая перинатальная смертность и заболеваемость, высокие показатели мертворожденности и многие другие показатели неудовлетворительной репродуктивной способности.

Социально ущемленные матери представляют собой группу высокого риска благодаря ряду других факторов семейной жизни, связанных с плохим здоровьем; они чрезмерно много курят; их труднее убедить обратиться за врачебной помощью по поводу многих хронических болезней, они менее всего пользуются службами, в которых они больше всего нуждаются, например службами планирования семьи и антенатальной помощи, они редко посещают детские консультации и больницы и уклоняются от программ скрининга на рак шейки матки.

Среди этой группы чаще встречаются женщины с плохим здоровьем и физическими недостатками, а их дети чаще страдают от родовых травм и недоедания. Изолированность городской жизни может еще более усугублять эти последствия. Социальное окружение малолетнего ребенка в большой семье, по-видимому, является поддерживающим и довольно постоянным фактором в течение многих и

многих поколений. В высокоразвитом индустриальном обществе этот фактор, внушающий чувство уверенности ребенку, в значительной мере утрачен, однако, возникают новые уклады жизни, которые могут упрочать безопасность подрастающего ребенка. Последствия этих перемен еще до конца не изучены, хотя известно, что разрушение семьи имеет ряд очень серьезных последствий для социального и психологического благополучия и здоровья ребенка в его последующей жизни.

Эти примеры приведены с тем, чтобы показать все возрастающую озабоченность социальных работников, занимающихся изучением этих вопросов, педиатров и гинекологов-акушеров по поводу взаимозависимости физиологических, социальных и эмоциональных факторов, определяющих здоровье семьи. Было высказано мнение о том, что ВОЗ вполне могла бы выполнять роль центра по сбору и распространению информации в этой области. Широкое распространение такой информации в странах Региона в конечном итоге способствовало бы решению некоторых актуальных проблем, стоящих перед Регионом и обсуждавшихся на конференции.

5.3 Современные достижения эпидемиологических и популяционных исследований в области здоровья семьи

Поскольку здоровье семьи в значительной мере обусловлено взаимосвязью между предшествующими событиями и последующими болезнями или смертью (например, антенатальный диагноз и ненормальная репродуктивная деятельность, недостаточное или чрезмерное питание в раннем детстве и субнормальность или ожирение в более поздний период), большое значение приобретают последующие длительные наблюдения за развитием детей. Необходимость в более глубоких знаниях о длительном естественном течении болезни или нарушении определяются и многими другими причинами; в частности, очень важно определение стоимости содержания выживающего ребенка-инвалида для общества, отдельного лица и семьи; изучение эффективности новейших контрацептивов, опасности, которую они представляют, и опасности тератогенеза в результате употребления новых лекарственных препаратов; определение причин колебаний частоты врожденных аномалий в отдельных районах или в разные периоды, а также правильности предположения о том, что некоторые хронические болезни в среднем возрасте имеют связь с детским периодом жизни. Все эти проблемы требуют для своего решения популяционных исследований все возрастающей сложности.

Признание взаимосвязей, например между высокой перинатальной смертностью и рядом социальных, физических, патологических и психологических факторов, позволяет дать балльную оценку риска (либо на основе специально разработанных методов, либо на основе методов дисперсионного анализа). Такая балльная оценка риска может оказаться полезной для выявления семей высокого риска и разработки контрмер (или стратегии высокого риска) до наступления предсказанного события.

Такое применение эпидемиологии для предсказания болезни является важной основой профилактики здоровья семьи в будущем и, конечно, акушерской практики. Распространение этих методов на другие более широкие области риска (в том числе и социального риска) является вопросом неотложной важности.

Конференция обратила внимание на другие области "риска", которые могут быть определены количественно. К уязвимым группам относятся социально обездоленные (о которых упоминалось выше) лица, недавно проживавшие в новых для них условиях крупных промышленных городов, кочевники и мигрирующее население, а также изоляты и, конечно, лица, неполноценные в умственном отношении. Физические и патологические факторы высокого риска хорошо известны, но в настоящее время имеется и другая концепция о группах высокого риска, применяемая к определенному периоду (иногда только на несколько часов) во время беременности и к определенным местам, где риск связан с дефектами обслуживания. Было высказано мнение, что ВОЗ могла бы оказать существенную помощь путем распространения информации об относительно факторах риска (безусловно, факторы риска будут разными в разных странах и районах, но, по-видимому, не настолько разными, чтобы не иметь значения) и о стратегии высокого риска, а также в обеспечении обмена информацией о длительных исследованиях здоровья семьи, которые осуществляются в настоящее время в Регионе.

Другим примером использования эпидемиологических и популяционных исследований является оценка медицинского обслуживания семьи. Обычно считается, что оценка должна иметь два главных компонента: определение эффективности, т.е. насколько медицинская помощь достигла того, что от нее ожидалось (делает ли она то, что она должна делать?), и экономического эффекта, т.е. целесообразности расходования ресурсов. Это — путь к принятию решений и к определению первоочередных задач.

Поскольку многие из недостатков работы служб, упомянутые участниками конференции, по их мнению, связаны по крайней мере частично с недостатками в определении первоочередных задач и с проводимой социальной политикой, т.е. с неразумным расходованием национальных ресурсов, несомненно, оценка служб окажется очень полезной. Частично система оценки должна, конечно, учитывать "выход" медицинской помощи, поэтому на конференции неоднократно высказывалось мнение о необходимости новых критериев понятия "выход". Ввиду недостаточности статистических данных о смертности эти новые показатели, или критерии здоровья, необходимы для характеристики здоровья детей и семьи. Участники обратились с просьбой к ВОЗ о распространении результатов исследований в области разработки показателей здоровья, что будет иметь большое значение для Региона.

5.4 Последние достижения в области разработки информационных систем и методов сплечения данных

Этот вид деятельности обсуждается особенно интенсивно; ВОЗ недавно оказала помощь в координации опыта, накопленного отдельными группами.¹ С точки зрения участников конференции, проявивших озабоченность по поводу сообщений о недостатках служб и заинтересованность в решении актуальных региональных проблем и улучшении в будущем служб здоровья семьи, развитие эффективных систем информации имеет первостепенное значение. Однако несмотря на то, что участники признали важность получения различных данных, которые можно было бы собирать, хранить в запоминающем устройстве, обрабатывать статистически и распространять, что позволило бы собрать воедино все данные о семье, была высказана некоторая осторожность в отношении безоговорочного принятия этой системы. Было очевидно, что малые сроки, отсутствие понимания целей сбора тех или иных сведений и проблемы конфиденциальности все еще стоят на пути к полному использованию новых систем информации.

Если к этим сомнениям прибавить еще тот факт, что многие надежды, возлагавшиеся, например, на регистры "Групп высокого риска", не оправдались (наряду с тем, что среди клиницистов все еще существуют широко распространенные сомнения относительно использования ЭВМ в медицине), то становится совершенно ясно, почему эти достижения не претворяются в жизнь.

На фоне всех этих сомнений участники конференции согласились, что хорошая система медико-санитарной информации, которая может обеспечить сплечение данных (желательно автоматически), имеет очень большое значение для раннего выявления болезней, и, следовательно, для успешного вмешательства.

На индивидуальном уровне была признана необходимость преемственности медицинской помощи и единого регистрационного документа для каждого отдельного ребенка по крайней мере до 18-летнего возраста, а также координации работы разных служб. Такой прогресс возможен только при наличии и использовании новейшей системы информации.

На уровне служб оценки и нововведения вряд ли могут быть осуществлены без наличия системы медико-санитарной информации, которая могла бы обеспечить достаточную информацию о демографических аспектах, нуждах в медицинской помощи, спросе на эти службы, их утилизации и эффективности. Что касается научных исследований, то поскольку здоровье семьи в большой степени зависит от знания в подробностях всех предшествующих событий или условий, то длительные исследования должны в значительной степени базироваться на эффективных системах информации.

¹ World Health Organization (1974) Working Group on Information Systems Development, December 1973, Report, Geneva

Наконец, учитывая, что многие участники высказывались за создание систем эпидемиологического надзора (т.е. наблюдение за населением до начала развития болезни или кризиса в рамках уже существующей болезни), было признано, что необходимы как ЭВМ, так и системы счисления информации. Была высказана надежда, что ВОЗ будет продолжать распространять отчеты о последних достижениях в системах медицинской информации, имеющих отношение к здоровью семьи, и таким образом, будет содействовать решению важных актуальных проблем (см. разделы 4.1, 4.2 и 4.4).

6. СТРАТЕГИЯ - ЦЕЛИ СЛУЖБ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ И ПРИМЕРЫ ПЛАНИРОВАНИЯ

6.1 Введение

Понятие "стратегия" в медико-санитарной помощи означает планирование будущего вмешательства. Конференция ставила своей задачей не только рассмотрение недостатков или ошибок в предоставлении медико-санитарной помощи семье или некоторых из новых подходов, но также обсуждение целей новой стратегии, принятие согласованных решений и ознакомление с некоторыми достижениями, о которых стало известно участникам.

Многочисленные дискуссии были посвящены различным системам, посредством которых семье предоставляется медицинская и социальная помощь; в результате этих дискуссий выявились некоторые общие черты - "цели" и "задачи". Только в одном или двух случаях оказалось возможным сказать, что поставленные цели были достигнуты; общее мнение было таково, что до тех пор, пока не будут определены главные черты "идеальной" системы, соответствующие стратегии будут, по-видимому, носить интуитивный характер и окажутся неэффективными.

Все системы предоставления медико-санитарной помощи имеют примерно одинаковые цели, при этом отмечается соблазн отказаться от тех из них, которые являются наиболее утопичными и, следовательно, нереалистичными. Однако обзор меняющихся форм обслуживания за последние несколько лет показывает ошибочность такого отношения. Резкие перемены произошли в некоторых странах; зарегистрированные в последнее время показатели детской и перинатальной смертности (соответственно 10 и 17 на 1000) еще пять лет назад считались "недостижимыми". Имея это в виду, участники согласились, что планирование медико-санитарной помощи для семьи может включать некоторые или все из нижеследующих "целей".

6.2 Согласованные цели стратегии охраны здоровья семьи

6.2.1 Доступность обслуживания

Из признания экологического или взаимосвязанного характера факторов, влияющих на здоровье семьи, следует, что для обеспечения максимального воздействия службы должны быть доступными. Далее следует (хотя это скорее гипотеза, чем подтвержденные данные), что либо все члены семьи должны иметь один и тот же источник обслуживания, либо бригада, предоставляющая лечение каким-либо членам семьи, должна иметь сведения обо всех других членах этой семьи. Было признано, что наибольшим препятствием часто является отношение к лечению тех, кто более всего в нем нуждается. Всеобщей доступности поэтому еще недостаточно, необходимы стимулирующие меры, особенно в отношении групп высокого риска.

6.2.2 Всеобъемлющий характер обслуживания

Поскольку наиболее приемлемым видом помощи нуклеарной семье является в основном профилактическая помощь, разделение профилактической и лечебной помощи (как это все еще имеет место при некоторых системах) является дорогостоящим и, по-видимому, неэффективным. Точно также, помощь в области просвещения и социальная, возможно, будет экономически более эффективной, если ее объединить с другими аспектами охраны здоровья семьи. Фрагментарный характер помощи, предоставляемой четырьмя или пятью организациями (в том числе специальными программами и добровольными агентствами), все еще остается отличительной чертой некоторых систем.

6.2.3 Экономический эффект

Согласно сообщениям, в ряде стран Региона отмечаются большие различия в имеющихся ресурсах (особенно в людских), поэтому ни в коем случае нельзя игнорировать необходимость их бережливого использования. Все согласились с тем, что стратегии должны все в большей мере учитывать необходимость высокого экономического эффекта тех или иных мероприятий. Это, по-видимому, будет иметь особо важное значение при планировании модных и относительно неэффективных программ, требующих больших затрат на участие в них многочисленного персонала (например, некоторых программ по скринингу).

6.2.4 Эффективность

Участники согласились с тем, что некоторые виды медицинской помощи семье являются явно неэффективными. Очевидной целью новых стратегий будет поэтому повышение этой эффективности. Однако при этом возникает две проблемы: во-первых, определение эффективности затруднительно, а во-вторых, в связи со все возрастающей ролью потребителя медицинской помощи (что все участники отметили как положительное явление) последний может настаивать на том, чтобы та или иная неэффективная, но приемлемая для него помощь продолжалась.

6.2.5 Преимственность медицинской помощи

В связи со все возрастающим интересом работников здравоохранения к отдаленным последствиям помощи нуклеарной семье, все большее значение приобретает преимущественность медицинской помощи. Очевидной целью является сцепление данных или, что предпочтительнее, продолжение предоставления индивидуальной медицинской помощи. Это требует сбора соответствующих данных в первом случае и наличия домашнего врача или другого работника здравоохранения – во втором, что малодоступно для семьи во многих государствах-членах. Преимущественности медицинской помощи, однако, придается первостепенное значение при обсуждении целей новых стратегий.

6.2.6 Научные исследования

Важность "подведения фундамента" под стратегии охраны здоровья семьи в форме научных исследований (даже самых элементарных) была признана всеми. Конфликт между тем, что известно интуитивно, и тем, что подтверждено научно, – реальный факт, поэтому, принимая во внимание новые сложные и малоизученные моменты в охране материнства и детства, следует признать необходимым изучение местных факторов. С точки зрения любых критериев такие исследования социально оправданы; в качестве примера можно указать значительные социальные издержки в отношении инвалидов с нормальной продолжительностью жизни. Некоторые участники конференции высказали мнение, что так называемые "фундаментальные" исследования все еще поглощают слишком много средств; исследования, направленные на то, чтобы добиться наилучшего медицинского обслуживания, являются в настоящее время первостепенными стратегическими задачами.

6.2.7 Кадры здравоохранения

Этот вопрос более подробно обсуждается ниже; участники конференции подчеркивали большое значение новых функций работников здравоохранения. Одной из целей эффективной стратегии охраны материнства и детства должен быть новый подход к использованию и методам подготовки членов бригады медицинской помощи – бригады, функции членов которой (в некоторых странах по крайней мере) ограничены традицией, статусом и несоответствующими финансовыми соображениями.

6.2.8 Гуманность и эмпатия в работе

Сложность взглядов и мотивации, определяющих поведение семей в отношении вопросов охраны здоровья, требует исключительной терпимости, а также "антропологических" знаний. Это гораздо больше, чем просто человечность и сочувствие, которые безоговорочно рассматриваются как компонент успешной стратегии, и предполагает включение в учебные программы всех категорий персонала здравоохранения компонента социальных наук.

6.2.9 Участие потребителей помощи

Этот вопрос обсуждался неоднократно, и поэтому его упоминание может показаться повторным, но с точки зрения целей новой стратегии становится очевидным, что участие обслуживаемых контингентов приобретает все большее значение. Вклад потребителей как в организацию помощи, так и в решение проблем налаживания общения работниками здравоохранения весьма существен.

6.2.10 Иллюстративные примеры

То, в какой мере социальные стратегии могут влиять на эффективность служб здравоохранения, можно судить по выступлению на конференции представителя Финляндии, где огромные территории сельских районов ставят серьезные проблемы по обеспечению врачебной помощи и центрами здравоохранения. В законоположениях о предоставлении материальной помощи беременным и матерям содержится оговорка, согласно которой эта помощь предоставляется только в том случае, если женщины прошли обследование врачом или акушеркой до истечения четвертого месяца беременности. Хотя эта помощь иногда не очень велика (а в некоторых случаях состоит практически из "подарка" в виде комплекта белья для ребенка и матери), тем не менее она оказалась достаточным стимулом для использования служб охраны материнства и детства. Обращаемость в эти службы удалось увеличить с 11% до введения закона практически до 100% после его введения (в 1973 г.). Положительный эффект состоит не только в том, что удалось установить контакты со всеми матерями, но и в том, что эти контакты устанавливаются на более ранних этапах беременности, а также в увеличении среднего числа посещений женщинами центров здравоохранения во время беременности. В то же время на обращаемость в центры здравоохранения отрицательно влияет то обстоятельство, что матерям приходится тратить долгие часы на ожидание приема, что можно избежать путем введения системы предварительной записи на прием. Повышенный интерес к вопросам охраны здоровья иногда стимулируют посредством дополнительных социальных благ, например, в виде выплаты пособий до и после родов, причем максимальный размер пособий устанавливается для тех матерей, которые проходят специальное обследование после родов.

В Финляндии все большее число отцов вовлекается в программы охраны материнства, что характеризует подход этой страны к службам охраны материнства и детства. Эту интересную стратегию следует, очевидно, рассматривать в свете комплексной схемы развития социальных служб, включающей создание дневных учреждений по уходу за детьми, яслей, детских садов, предоставление денежных пособий на детей и планирование более удобных часов работы для матерей и другие мероприятия, направленные на укрепление растущей семьи.

Специальные программы, представленные конференции в качестве примеров, относились к высокоразвитым странам. В них дается описание методов скрининга, которые могут быть применены к группам матерей, подверженных особо высокому риску. На ранних стадиях беременности методы скрининга, несомненно, направлены на выявление специфических инфекций, врожденных пороков

развития и, если необходимо, включают амниоцентез и обследования с помощью ультразвука. Генетические и метаболические дефекты также могут диагностироваться на этой стадии, поэтому возможно своевременное принятие соответствующих мер. Применение дорогостоящих и очень сложных методов следует ограничить группами матерей, подверженных высокому риску, такими, например, как матери старшего возраста (для выявления хромосомных дефектов) и матери, имеющие в анамнезе указания на какое-либо специфическое заболевание.

При беременности в позднем возрасте целью скрининга является не только устранение перинатальной смертности, но также, конечно, обеспечение рождения здорового плода и сохранение общего здоровья матери.

В идеале этого можно достигнуть двумя путями, включающими:

- 1) определение риска для матери или плода и выбор оптимального времени для родов;
- 2) предупреждение внутриутробной смерти или травмы путем наблюдения за состоянием плода до наступления оптимального момента для родов (определение функционального состояния плода и плаценты посредством ультразвука, исследование гормонов и ферментов, кардиотокография и т.д.).

О хорошо организованных службах для детей говорил другой представитель Финляндии. В этой стране все или почти все дети проходят скрининг, включающий:

- наблюдение за развитием роста с помощью стандартизованных карт;
- тесты для проверки зрения, слуха, речи и психомоторного развития;
- анализ мочи и определение гемоглобина;
- наблюдение за развитием умственных способностей и роста, включая эмоциональное поведение и развитие.

Особое внимание уделяется также определенным группам риска:

- доношенным детям, но с низким весом, и недоношенным;
- новорожденным с отклонениями в перинатальном периоде;
- детям с хроническими болезнями и частыми инфекционными заболеваниями или с нарушениями питания;
- детям инвалидам с моторными и психическими расстройствами или с недостатками зрения, слуха, речи;
- детям с эмоциональными проблемами; и
- детям, уход за которыми в течение дня недостаточен.

Непременными членами бригад по оказанию медико-санитарной помощи являются врачи, медицинские сестры, состоящие на службе в системе общественного здравоохранения, зубные врачи, психологи, диетологи, физиотерапевты и работники социальной помощи.

Другое интересное сообщение было сделано представителем Польши. В этой стране подростки в возрасте от 14 до 19 лет находятся под наблюдением служб ОМД, благодаря чему достигнуты замечательные успехи в так называемой подростковой медицине, которая включает специальные психологические консультации; кроме того, здесь созданы центры профессиональной ориентации, число которых постоянно растет. Проблемы "детской гинекологии" составляют особую часть расширенной программы служб охраны материнства и детства.

6.2.10.1 Примеры стратегий, предусматривающих участие потребителя служб ОМД

То, как может быть преодолена социальная дистанция и связанная с ней некоммуникабельность между потребителями и теми, кто предоставляет обслуживание, было продемонстрировано рядом наблюдений в Великобритании.

Поскольку отношение матерей и детей к службам ОМД в большой степени зависит от традиционных взглядов на них ближайших родственников, были сделаны попытки убедить представителей более старшего поколения благожелательно отнестись к современному подходу к охране материнства и детства. Поэтому были приложены усилия к тому, чтобы добиться сначала согласия и сотрудничества представителей старшего поколения и провести среди них санитарно-просветительную работу по всем вопросам, связанным с ОМД.

В частности, в отношении групп высокого риска имеется широкое поле деятельности для экспериментирования и оценок различных подходов, например, таких, как использование персональных учителей или соседей, которые могут обладать опытом и знаниями местных обычаев и диалектов. Средства массовой информации также могут оказаться полезными, но, хотя обсуждение программ борьбы с болезнями, даже тех, которые предназначаются для специалистов, привлекает большое число слушателей, тем не менее иногда существует стойкое предубеждение против "положительного" отношения к своему здоровью. В этой связи в качестве примера было указано на упорный отказ некоторых групп населения от фторирования воды.

Поскольку для предупреждения болезней и поддержания здоровья, как правило, требуются постоянные усилия или какие-либо специальные виды активности, например регулярные физические упражнения, иммунизация, уход за зубами и т.д., необходимо постоянное напоминание об этом самыми разнообразными методами, чтобы поддерживать живой интерес. Для этого используются средства массовой информации, а также лекции, брошюры, выставки из газетных или журнальных вырезок и т.д., но результаты данной работы редко подвергаются оценке.

О растущем интересе к вопросам здоровья можно судить по созданию разнообразных специальных групп среди населения. Некоторые из них могут оказывать активное воздействие (например, Ассоциация по вопросам реформы закона об абортах); другие же в основном являются вспомогательными группами (например, Британская ассоциация планирования семьи); кроме того, имеются многочисленные группы самопомощи и среди них много женских организаций.

Разнообразные официальные и добровольные организации оказывают поддержку некоторым группам населения, в частности лицам с физическими недостатками, психически больным, отчаявшимся (одиноким и бездомным), социально обездоленным и лицам, осуждаемым обществом (матери-одиночки, бывшие преступники и т.д.).

То, как родители и в особенности матери, были вовлечены (под руководством квалифицированных специалистов) в работу по оказанию помощи лицам с физическими недостатками и их реабилитации (что способствовало улучшению медицинского обслуживания и им самим приносило удовлетворение), было показано представителями Польши. Необходимость вовлечения "потребителя" приобретает все большее значение, так как если больной заинтересован в имеющейся профессиональной медицинской помощи и ее объеме, то несколько иначе обстоит дело с профилактической медициной. О психологической опасности чрезмерно активной (профессиональной) профилактической службы, ведущей к пассивности и отсутствию ответной реакции со стороны населения, указывал представитель Франции.

Было высказано много замечаний по поводу того, в какой мере потребитель служб здравоохранения может оказывать влияние на официальную политику в области здравоохранения. Все участники согласились с тем, что его вклад имеет очень большое значение, особенно в отношении оценки нужд в медицинской помощи и имеющегося спроса на нее. Однако роль потребителя в принятии основных решений сопряжена с опасностью, проистекающей от возможности нерационального использования влиятельных групп и нарушения установленного порядка первоочередных задач.

Пример административных стратегий, используемых в одной из развивающихся стран, привел представитель Марокко.

Обсуждению планов на ближайшее будущее предшествовало тщательное изучение преобладающих медицинских проблем, а также имеющихся людских и финансовых ресурсов. Было решено, что специальные службы охраны здоровья детей должны концентрировать свое внимание на наиболее уязвимой возрастной группе, от 0 до 2 лет, показатели смертности в которой в Марокко являются наивысшими; кроме того, большой ущерб здоровью детей этого возраста наносят недоедание и инфекционные болезни. Более старшим детям медицинская помощь может предоставляться общими и школьными службами здравоохранения.

Основные мероприятия поэтому концентрировались на борьбе с белковой недостаточностью, рахитом, на иммунизации и программах планирования семьи.

Поскольку в стране не имеется такого количества медицинских кадров, как в более развитых странах, функции охраны здоровья матери и ребенка были возложены в основном на членов бригад здравоохранения, и в соответствии с этим была изменена программа их подготовки. Они ведут наблюдение за общим развитием детей и течением беременности до того момента, когда клинические признаки указывают на необходимость дальнейших диагностических обследований и лечения у врача. Консультации по проблемам питания и по большинству программ вакцинации осуществляются подобным же образом.

Финансовые средства будут, по-видимому, предоставляться только при условии проведения простого, но убедительного сравнительного анализа экономической эффективности. Оценка служб и их влияния на здоровье ребенка, а также потребностей населения и методов, применяемых всеми категориями персонала, производится с помощью основной системы информации, которая позволяет вести постоянный контроль и наблюдение и вносить, таким образом, поправки в программы здравоохранения.

7. ЗАДАЧИ НА БУДУЩЕЕ

7.1 Введение

Участники конференции, рассмотрев существующее неудовлетворительное положение в отношении охраны здоровья семьи в Регионе, кратко обсудив некоторые новые подходы к решению этой проблемы и перечислив цели планирования, обратились к будущему. На этом этапе работы и для логического завершения обзора проблемы в целом (хотя и весьма общего, так как конференция такого масштаба и не могла сделать большего) участники дали определение некоторых "областей", вызывающих наибольшую обеспокоенность". Некоторые из них, например ограничение фертильности, уже упоминались на конференции в качестве важных актуальных проблем: они считались "областями, вызывающими озабоченность" в прошлом, являются таковыми в настоящем и, несомненно, будут продолжать оставаться такими и в обозримом будущем. На данном этапе работы конференции они были рассмотрены в новом свете и сделана попытка на основе существующих тенденций предсказать характер будущих проблем.

Были указаны следующие 4 критерия для определения областей, которые будут вызывать наибольшую озабоченность в будущем:

- 1) значение проблемы в будущем - серьезность последствий;
- 2) масштаб проблемы: "универсальность" или распространенность;

3) возможности ее решения, или предотвращения;

4) ее критическая причастность к прогрессу в области охраны здоровья семьи в целом.

Таковы критерии определения серьезности проблемы, которая угрожает постоянному улучшению здоровья и от решения которой в будущем, следует полагать, будет зависеть здоровье семьи. Эти критерии в некотором смысле являются также основными показателями исследовательской деятельности, и, хотя они имеют решающее значение для будущего, они применимы также к проблемам сегодняшнего дня для некоторых, но не всех стран Региона.

В качестве основы для обсуждения проблем будущего в области здоровья семьи на конференции были рассмотрены две стороны концептуальной схемы. Обе имеют очень большое значение и в некотором роде сами являются проблемами.

7.2 Семья как экологическая единица

Стало модно употреблять такие термины, как "экология" и "системный анализ", при характеристике современных концепций о многофакторной причинности болезней. Однако несмотря на моду, эти понятия чрезвычайно полезны при рассмотрении тонких взаимоотношений между социальными, физическими и психологическими (особенно когнитивными и эмоциональными) факторами в охране здоровья семьи. Накапливается все большее количество данных, получаемых в основном в ходе крупномасштабных научных исследований, которые подтверждают взаимосвязь различных переменных факторов, влияющих, например, на исход беременности, возникновение преступности малолетних или отставание когнитивного развития в результате недоедания или родовой травмы. Понятие экосистемы – системы взаимосвязанного баланса – является очень полезным, так как она наиболее простым способом информирует работников, занимающихся вопросами здоровья семьи, о том, что все изменения в пределах семьи могут иметь множество последствий, часть из которых можно предвидеть. В своем наиболее сложном виде эта концепция укажет на то, какого рода аналитический метод вероятнее всего потребуется в научном исследовании.

7.3 Соответствие между нуждами, запросами и службами

Мысль о том, что семья имеет ряд медицинских и социальных нужд и что некоторые из этих нужд признаются самой семьей и становятся таким образом запросами на определенное обслуживание, сама по себе не нова. Организаторы обслуживания, как правило, ратуют за такую цель, которая предусматривает по возможности наиболее полное удовлетворение самых важных нужд и запросов (хотя чаще всего только нужд). "Идеальное" положение, однако, такое, при котором почти нет несоответствия между этими тремя понятиями – почти все нужды и запросы удовлетворяются предоставляемыми службами.

Наиболее часто встречается положение, при котором между нуждами и запросами имеется частичное соответствие, и службы в состоянии удовлетворить некоторые из нужд и некоторые из запросов, но не все.

Следует, конечно, добиваться наибольшего соответствия между нуждами населения и службами, предназначенными для удовлетворения этих нужд, но для этого необходимо, чтобы члены бригады медико-санитарной помощи разъясняли семье желательность того, чтобы запросы семьи наиболее полно отражали ее нужды.

Высокая степень соответствия между нуждами и запросами предполагает высокообразованное население, разбирающееся во всех сложностях современного общества, но в тех случаях, когда служб недостаточно, вполне вероятно, что под давлением потребителя будет проведена их реорганизация.

Положение, когда обеспеченность службами соответствует запросам, но не соответствует нуждам, встречается в настоящее время в нескольких странах Региона. Такое положение является, возможно, наиболее угрожающим с точки зрения охраны здоровья семьи, так как оно предполагает, что лишь немногие крупные научные достижения в понимании медицинских нужд оказывают влияние либо на запросы, либо на службы. Население, возможно, будет удовлетворено, а показатели плохого состояния здоровья семьи (по крайней мере те, которые зависят от обслуживания), по-видимому, будут высокими.

Можно сказать, что основной задачей на будущее будет достижение соответствия между нуждами, запросами и службами, поэтому будущие задачи в области охраны здоровья семьи могут рассматриваться именно с этой точки зрения.

7.4 Возникающие проблемы

Помимо основной проблемы несоответствия между нуждами, запросами и службами были определены еще 8 областей, вызывающих большую озабоченность.

7.4.1 Использование имеющихся знаний

Все участники согласились с тем, что, поскольку в некоторых странах Европейского региона до сих пор не используются на практике давно накопленные элементарные знания об охране здоровья семьи, первой задачей в этих местах должно быть использование имеющихся знаний.

7.4.2 Демографические проблемы

Низкие и снижающиеся показатели рождаемости в некоторых странах Региона и, следовательно, меняющиеся пропорции лиц молодого и пожилого возраста влекут за собой серьезные финансовые и социальные проблемы иждивенцев. Однако в некоторых частях Региона все еще отмечается высокий

ежегодный прирост населения; конференция признала, что эти две противоречащие друг другу проблемы имеют очень важное значение. Планирование семьи наряду с двумя или тремя другими задачами все еще остается важным краеугольным камнем в охране материнства и детства.

7.4.3 Контроль фертильности

Проблемы, возникшие в связи с нашей способностью контролировать фертильность, включают не только те, которые связаны с улучшением и безопасностью противозачаточных средств, с обеспечением их приемлемости и доступности, особенно для тех, кто в них более всего нуждается, но также и более позитивную проблему желанного ребенка. Нежеланный ребенок находится явно в менее благоприятных условиях (или рожден в семье, не способствующей его благоприятному развитию); отсюда начинается цикл зависимости и плохого здоровья, которого можно избежать только путем сознательного планирования семьи. Характер этих проблем в первую очередь биохимический, а уже потом воспитательный и социологический.

7.4.4 Качество жизни

На эту тему написано много туманного, но факты — неопровержимая вещь. Системы поддержания жизни достигли в настоящее время такого высокого уровня эффективности, что шансы выживания людей, родившихся с дефектами, непрерывно увеличиваются. Некоторое снижение частоты рождений с врожденными пороками мало влияет на уменьшение значения этой проблемы. Имеется много других детей, которые в силу ослабления давления борьбы за существование, теперь имеют "нормальную" ожидаемую продолжительность жизни. Качество такого существования рассматривается как медицинская и в то же время как социальная проблема.

7.4.5 Потенциал развития — ребенок и взрослый

Понятие потенциала развития ребенка — другая проблема, для документального рассмотрения которой требуются обширные и тщательные исследования. Действительно, недавние исследования позволяют предполагать гораздо больший потенциал способностей населения, чем это считалось до сих пор, но предстоит еще продемонстрировать, насколько эти потенциальные возможности разнообразны и как они лучше всего могут быть реализованы. Более обоснованными являются данные об истоках нарушений. Такие нарушения, как тучность, некоторые психические расстройства и нарушения личности, некоторые сердечно-сосудистые болезни, отдельные виды рака, возможно, некоторые нарушения обмена и отдельные типы несчастных случаев, которые обусловлены низкой способностью оценки степени риска, весьма вероятно берут свое начало в детском возрасте.¹ Подробное освещение, детальное описание и характеристика

¹ Этот список является, конечно, далеко не полным; имеется обоснованное мнение относительно других заболеваний такого рода у взрослых.

этих ассоциаций наряду с проспективными наблюдениями составляют главную задачу исследований в области здоровья семьи, так как возможно, что некоторые из этих болезней можно предотвратить в очень раннем возрасте.¹

Аналогичную проблему представляет предотвращение последствий генетических дефектов (генетические последствия сами по себе являются проблемой евгенической консультации); количественную оценку должны получить и отдаленные последствия влияния ряда других факторов окружающей среды, с тем чтобы их можно было предотвратить.

7.4.6 Критерии определения состояния здоровья и их использование при оценке

Традиционные параметры смертности и заболеваемости представляют все меньший интерес для тех, кто занимается вопросами охраны здоровья; вместо них чаще употребляются некоторые довольно неточные описания того, что иногда называют "позитивным" здоровьем. Одной из важных задач, стоящих перед исследователями является поиск чувствительных, воспроизводимых показателей здоровья, с помощью которых можно было бы отграничить социально-экономические компоненты от тех, которые чувствительны к изменениям медицинской помощи. "Приспособление", "осуществление", "экологическое равновесие" - всего лишь литературные попытки дать описание требуемых параметров. Один из участников конференции высказал мнение, что установление инвалидности по различного рода физическим недостаткам является шагом в разработке легко применимых воспроизводимых показателей здоровья.

Использование показателей здоровья в качестве критериев "выхода" на основе современных информационных систем (см. выше) позволяет создать новое направление, которое один из участников назвал "прогностической медициной семьи". Таким образом, окажется возможным создать более чувствительные и точные регистры групп риска, что приведет соответственно к повышению их значения в охране здоровья семьи (в настоящее время довольно низкого).

7.4.7 Окружающая среда в будущем

Особое значение на конференции придавалось изменениям среды, окружающей семью. Конференция обсудила взаимосвязи между социальными, психологическими и материальными элементами окружающей среды и выразила мнение о необходимости уделять постоянное внимание предотвращению всех неблагоприятных последствий. Например, стало очевидно, что забота о благополучии

¹ Правильное понимание риска, усвоенное в детстве, может значительно изменить картину несчастных случаев во взрослом состоянии. Частота других из упомянутых состояний непрерывно меняется, что предполагает влияние окружающей среды и указывает на их предотвратимость.

семьи как ядра в некоторых странах Региона понимается таким образом, что вся ответственность за ее благополучие уходит из-под контроля самой семьи. Таким образом, мы имеем удивительный парадокс: все возрастающая забота общества о семье приводит в конечном итоге к опасности подрыва уверенности в себе и, возможно, к утрате жизнерадостности той самой семьи, помощь которой оно стремится.

На социальном и психологическом уровне также имеются потенциальные опасности, связанные с изменением в форме семейной жизни; примером может служить семья, где имеется только один родитель. Проблемы окружающей семью среды относятся к числу наиболее сложных, и для выяснения самых сложных из них необходимы научные исследования. Следует изучать и одновременно контролировать влияние новых семейных отношений.

Контроль за окружающей средой необходим также и на традиционном уровне (борьба с загрязнением воздуха, воды и продуктов питания), так как последствия этого загрязнения могут иногда носить весьма драматический характер; кроме того, необходимо учесть появление новых вредных для здоровья факторов.

7.4.8 Подготовка персонала для медицинской бригады

Принято считать, что тот, кто хорошо подготовлен, автоматически будет вести себя надлежащим образом, и поэтому подготовке персонала уделяется очень большое внимание в будущих задачах охраны здоровья семьи. Хотя это до некоторой степени верно, главное здесь заключается в том, что без специальной подготовки соответствующего персонала большая часть новых проблем не может быть решена. Конференция уделила внимание трем основным аспектам: переподготовке при изменении характера работы, подготовке в соответствии с медицинскими нуждами, а также проблемам нововведений и изменений в учебной программе.

7.4.8.1 Переподготовка при изменении характера работы

Поскольку роль и функции членов традиционной бригады медико-санитарной помощи складывались и создавались в то время, когда основной опасностью для здоровья семьи являлись специфические инфекционные болезни, становится очевидным, что изменение характера работы, т.е. перераспределение функций и ролей, имеет существенное значение.

В связи с изменившимися нуждами следует проанализировать новые задачи, что в результате, возможно, приведет к изменениям роли как врача, так и медицинской сестры. Наибольшую трудность для традиционных систем обслуживания составит метод работы в многопрофильной бригаде; для достижения этой цели потребуются значительная переподготовка персонала.

Особое внимание необходимо уделить следующим аспектам подготовки:

- 1) связям между подготовкой по педиатрии и акушерству;

- 2) необходимости уделять больше внимание подготовке по проблемам перинатального периода и подросткового возраста;
- 3) необходимости организовывать подготовку персонала таким образом, чтобы значительная часть обучения проводилась на местах, за пределами больницы.

7.4.8.2 Подготовка в соответствии с нуждами

ВОЗ проделала большую работу по определению задач обучения членов бригады медико-санитарной помощи. Участники конференции согласились с тем, что для претворения в жизнь того типа медико-санитарной помощи, который обсуждался на конференции, потребуется значительный пересмотр целей, учебного материала и методов обучения. В качестве ближайших задач, в частности, были указаны такие, как ознакомление с общими целями подготовки (часть учебного курса), общие занятия для врачей, медицинских сестер и других работников здравоохранения (часть учебного курса) и раннее участие в бригадной работе, необходимой в дальнейшем для оказания многопрофильной помощи.

Было признано, что содержание учебного материала в большинстве школ является устаревшим, и конференция, вслед за ВОЗ, выразила надежду, что для достижения некоторых из требуемых перемен в учебную программу будут включены такие дисциплины, как коммунальная медицина, биостатистика и наука о поведении.

Учебный материал должен включать социальные аспекты педиатрии и акушерства. Наконец, следует напомнить, что университетская и постуниверситетская подготовка никогда не может считаться достаточной и что необходимо постоянно повышать квалификацию, для чего следует создавать разного рода курсы и проводить занятия без отрыва от работы.

7.4.8.3 Нововведения и изменения в учебной программе

Участники конференции согласились с тем, что в рамках систем образования проблемы, связанные с внесением изменений в учебные планы, являются наиболее трудными. Призывать к постоянному пересмотру учебной программы с точки зрения ее соответствия современным нуждам не составляет особого труда; вся сложность заключается в том, как это осуществить на практике.

8. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Во время обследования служб ОМД были выявлены серьезные недостатки почти во всех частях Европейского региона, большая часть их была подтверждена и дополнена во время обсуждения на конференции. Хотя эти недостатки различаются по характеру, они одинаково характерны как для развитых, так и для развивающихся районов Региона. Их следует в основном рассматривать как результат несоответствия между новыми концепциями, которые в новом свете отражают вопросы здоровья семьи, и традиционными взглядами на службы здравоохранения. Этот вопрос подвергся особенно сильной критике на конференции.

На здоровье матери и ребенка оказывают влияние все факторы окружающей среды — экосистема, в которой живет семья. Поэтому службы ОМД должны концентрировать свое внимание не столько на проблемах здоровья отдельных людей, сколько на оказании медико-санитарной помощи семье, рассматриваемой как целое.

В основном по тем же причинам предоставление медико-санитарной помощи семье не может рассматриваться как какая-либо конкретная задача одного медицинского работника, а скорее как совместные действия всех представителей медицинской профессии. Что касается эффективного сотрудничества в этой области, то в большинстве стран в этом отношении отмечаются недостатки.

Психосоциальные факторы, оказывающие влияние на здоровье, в частности в промышленно развитых странах, представляют собой новую важную проблему в Европе. Менее обеспеченные группы населения с точки зрения материального положения, образования и жилищных условий отличаются худшим здоровьем и физическим развитием, и среди них чаще отмечаются пограничные случаи умственной отсталости. Наблюдения за мигрирующим населением и населением районов, недавно приступивших к индустриализации, подтвердили общую связь между социальными факторами и здоровьем.

Отдаленные последствия соматических и психических заболеваний в младенчестве и детстве (и даже в пренатальный период) для здоровья взрослых людей указывают на первостепенную необходимость преемственности медицинской помощи и сцепления данных.

Планирование семьи может значительно улучшить состояние здоровья семьи, снизить показатели материнской, перинатальной и детской смертности и обеспечить лучшие условия для физического и психического развития желанных детей в более благоприятном окружении. Для того, чтобы консультации по вопросам планирования семьи стали действительно эффективными, они всегда должны быть чисто индивидуальным делом и соответствовать социальным, культурным и образовательным условиям каждой семьи.

Более широкое применение эпидемиологического подхода к вопросам охраны здоровья семьи может обеспечить возможность получения органами здравоохранения более точной оценки нужд и запросов населения. Этот подход позволяет учитывать недавние перемены в обществе, влияющие на здоровье семьи, а также меняющийся характер заболеваемости и найти меняющиеся возможности вмешиваться в болезнь.

Системы медико-санитарной информации, используемые в настоящее время и ограничивающиеся такими традиционными показателями, как заболеваемость и смертность, могут быть улучшены благодаря применению метода сцепления данных о различных частях служб в разные периоды. Необходимы положительные критерии здоровья, которые должны разрабатываться и в дальнейшем.

Применение недавно разработанных и перспективных методов контроля за состоянием здоровья матери и ребенка поможет улучшить результативность служб ОМД. В особенности это относится к Группам высокого риска — матерям и плоду на всех стадиях беременности. Полезными могут оказаться также скрининг-тесты в детстве. Однако дорогостоящие и сложные методы следует использовать только для групп высокого риска, при этом их полезность должна быть доказана.

Пособия матерям и отцам, отпуска, прибавки к зарплате матерям, ясли в дневное время для грудных детей, детские сады для детей дошкольного возраста и многие другие виды оказания помощи являются, по-видимому, наилучшим способом стимулирования использования служб ОМД, что тем самым позволит избежать проблем перинатального периода. Однако они не обязательно будут стимулировать активное участие потребителя.

Если информация о болезнях всегда вызывает большой интерес у широкой публики, то к вопросам профилактики она проявляет относительно мало интереса. Санитарное просвещение в этой области, как правило, не имеет успеха. Надеяться на успех можно только в том случае, если санитарное просвещение населения по вопросам охраны здоровья семьи станет постоянным процессом, который будет затрагивать школу, дом и общество в целом. Для повышения интереса общественности к этим проблемам следует шире использовать средства массовой информации.

Подготовка врачей и персонала здравоохранения в большинстве стран Региона все еще продолжает оставаться традиционной по характеру, в результате чего специалисты здравоохранения проявляют традиционный подход в своей профессиональной деятельности. Поэтому ощущается настоятельная необходимость в пересмотре целей обучения и содержания учебных программ.

На основании перечисленных выше выводов легко могут быть подготовлены рекомендации. Конференция признает, что для преодоления серьезных недостатков, выявленных во время проведенного ВОЗ обследования (краткое описание его приведено в Части 3), необходимо, чтобы вклад в эту работу был сделан всеми правительствами, национальными и международными органами, а

также специалистами, ответственными за эту область здравоохранения. Основной рекомендацией конференции поэтому был призыв предпринять срочные шаги для исправления недостатков в работе служб, которые были обсуждены во время конференции.

8.1 Роль ВОЗ

Совещание настойчиво рекомендовало, чтобы ВОЗ продолжала выполнять роль координатора национальных усилий и стимулировала дальнейший обмен информацией, в частности на техническом уровне, обо всех достижениях в решении проблем, обсуждавшихся на конференции (Часть 4). Особое значение в этом обмене информацией будут иметь результаты исследований по вопросам охраны здоровья семьи, сравнимые статистические данные по разным странам, определение категорий риска и их относительного значения, а также примеры стратегий, которые оказались успешными.

8.2 Перестройка служб

Нужды и запросы семьи должны быть тщательно пересмотрены в свете новых научных знаний и перемен в обществе. Для этого, возможно, придется прибегнуть к более широкому использованию эпидемиологического подхода и более сложным системам медико-санитарной информации. Для удовлетворения этих нужд и запросов необходимо дать оценку эффективности служб здравоохранения и их экономической эффективности. Большое значение имеет осуществление элементарных исследований, имеющих отношение к охране здоровья семьи, необходимость в которых давно назрела. Первостепенное внимание должно уделяться интеграции работы по регулированию фертильности и генетическому консультированию.

8.3 Подготовка персонала

Основная подготовка персонала здравоохранения по всем аспектам охраны здоровья семьи должна быть пересмотрена, и возможно, улучшена путем установления более полного и более раннего контакта с семьями и общиной. Цели обучения и учебные программы подлежат пересмотру; они должны учитывать меняющиеся обязанности работников здравоохранения, а также более широкое современное понятие о здоровье. Стратегии, предусматривающие стимулирование участия потребителей, должны рассматриваться как родственные проблемы.

Для лиц, проходящих подготовку по разным дисциплинам, необходимо подчеркнуть общие основы задач и приемов.

8.4 Научные исследования

Конференция могла выделить только те области, где недостатки особенно ощутимы и, в частности, рекомендовала для дальнейшего исследования следующие проблемы:

- а) медицина подросткового возраста,
- б) контроль за воспроизводством населения, в том числе побочный эффект контрацептивов,
- в) разработка более совершенных показателей интеллектуального и эмоционального развития,
- г) разработка новых "позитивных" показателей здоровья, которые могли бы применяться во всех странах Региона,
- д) определение критериев и относительного значения групп риска среди матерей и детей, и
- е) длительное исследование влияния окружающей среды, питания и т.д. в раннем детстве на здоровье взрослого человека.

ПРИМЕРЫ ПРОБЛЕМ, ОБСУЖДАВШИХСЯ В ЧАСТИ 4

Приведенные ниже примеры, имеющие по мнению участников, важное значение, взяты из практики работы в Регионе. Этот перечень является далеко не полным.

1. Улучшение качества жизни ребенка и семьи – в какой мере это является медико-социальной проблемой? Какую помощь могут оказать службы? Как она изучается? Каковы "психосоциальные" нужды семьи?
2. Нежелание прибегать к помощи служб, в частности служб планирования семьи, тех, кто более всего в них нуждается. Каким образом может быть изменен такой аспект поведения в отношении служб здравоохранения?
3. Выживание лиц с физическими недостатками. Каковы материальные затраты и как можно улучшить обслуживание?
4. Отношения между членами медико-санитарной бригады и больным. Как они могут быть улучшены?
5. Применение медицинских знаний в профилактике. Многие из хорошо известных и проверенных мер все еще не применяются на практике. Как стимулировать интерес к вопросам профилактики?
6. Измерение риска и использование информации. Как мы можем улучшить наши системы медицинской информации и использовать их в нашем вмешательстве?
7. Соответствие подготовки специалистов здравоохранения современным нуждам. Каким образом мы могли бы обеспечить пересмотр учебных программ и включение в них новейших данных?
8. Интеграция служб и дисциплин. Как добиться того, чтобы административные структуры способствовали предоставлению, а не фрагментированию медицинской помощи?
9. Формулирование целей и планов научных исследований. Как можно было бы осуществить рациональную политику в области исследований с должным учетом местных первоочередных задач и нужд?
10. Оценка традиционной помощи. Как преодолеть сопротивление исследованием по оценке эффективности и экономического эффекта наших служб?

ПРИЛОЖЕНИЕ II

ПОВЕСТКА ДНЯ

| | |
|----------------------------------|--|
| Понедельник, 11 ноября 1974 года | Регистрация участников |
| | Посещение учреждений, занимающихся ОМД |
| Вторник, 12 ноября 1974 года | Открытие конференции |
| | Избрание президиума |
| | Утверждение предварительной повестки дня |
| | А. Рассмотрение программы по охране материнства и детства в Европейском регионе |
| Среда, 13 ноября 1974 года | Б. Важные проблемы охраны материнства и детства и перспективные подходы к их решению |
| Четверг, 14 ноября 1974 года | В. Стратегия обеспечения помощи матери и ребенку |
| Пятница, 15 ноября 1974 года | Г. Новые проблемы и перспективы на будущее |
| | Выводы и рекомендации |
| | Закрытие конференции |

СПИСОК РАБОЧИХ ДОКУМЕНТОВ И ИСХОДНОГО МАТЕРИАЛА

Рабочие документы

| | |
|--|--------------------|
| Список рабочих документов и исходного материала | EURO 5108/1 |
| Цели и задачи | EURO 5108/2 Rev. 1 |
| Предварительная повестка дня | EURO 5108/3 Rev. 2 |
| Предварительная программа | EURO 5108/4 Rev. 2 |
| Предварительный список участников | EURO 5108/5 |
| Справка о новых тенденциях в охране материнства и детства — д-р Элизабет Функе | EURO 5108/6 |

Исходный материал

| | |
|--|--------------|
| Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро (1973) <u>"Роль служб охраны материнства и детства в планировании семьи"</u> , Отчет о конференции, Любляна, 4-8 декабря 1972 г. | EURO 9602 |
| Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро (1974) <u>"Оценка служб охраны материнства и детства в некоторых странах Европейского региона"</u> , Отчет о совещании Рабочей группы, Копенгаген, 25-28 сентября 1973 г. | EURO 5103(2) |

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

АВСТРИЯ

Д-р Хелене Капаун
Специалист общественного здравоохранения
Охрана материнства и детства, Управление здравоохранения г. Вены,
Вена

АЛЖИР

Д-р А. Бенаталлах
Директор здравоохранения, Вилайя Титтери, Медеа

Д-р М. Кеддари
Профессор педиатрии, Университетская больница, Алжир

БОЛГАРИЯ

Д-р Б.Ц. Захариев
Заведующий отделом охраны материнства и детства,
Министерство здравоохранения, София

ВЕНГРИЯ

Д-р П. Варди
Заместитель заведующего отделом помощи матери и ребенку,
Министерство здравоохранения, Будапешт

ГЕРМАНСКАЯ ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Профессор Аннелизе Зельцер
Директор Института гигиены детей и подростков, Берлин

Д-р Хельга Райнер
Министерство здравоохранения, Берлин

ГРЕЦИЯ

Д-р Теодора Стефану
Директор социальных служб, Министерство социальных служб, Афины

ДАНИЯ

Д-р Инге Е. Есперсен
Советник, Национальная служба здравоохранения Дании, Копенгаген

ИРЛАНДИЯ

Д-р Т. В. О'Двайер
Медицинский специалист
Отдел здравоохранения, Дублин

ИСЛАНДИЯ

Д-р П. Сигурдссон (Вице-председатель)
Генеральный секретарь
Министерство здравоохранения и социального обеспечения,
Рейкьявик

ИСПАНИЯ

Д-р Л. Канада-Ройс
Заведующий здравоохранением провинции Логронья, Логронья

ЛЮКСЕМБУРГ

Д-р Е.Й.П. Дюр
Директор общественного здравоохранения, Люксембург

МАРОККО

Д-р Нуфисса Феллат-Трики
Врач-педиатр
Центр здравоохранения Якуб Эль Мансур в Рабате, Рабат

МОНАКО

Д-р Х.Й. Харден
Больничный центр княжества Монако им. Принцессы Грас,
Монте Карло

НИДЕРЛАНДЫ

Д-р Н. Хаверкамп Бегеманн
Ответственный специалист по детскому здоровью в провинции
Фрисланд, Лееуварден

НОРВЕГИЯ

Д-р Марит Кромберг
Консультант, Директорат служб здравоохранения, Осло

Приложение 1У

ПОЛЬША

Профессор Барбара Канска
Директор Института педиатрии, Краков

ПОРТУГАЛИЯ

Д-р Х.П.Кс. Лопес Диас
Инспектор здравоохранения
Генеральный директорат здравоохранения, Лиссабон

РУМЫНИЯ

Профессор Л. Туркану
Медицинский институт, Тимишоара

СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО

Д-р Дорин Ротман
Старший медицинский специалист
Управление здравоохранения и социального обеспечения, Лондон

Д-р Эйлин М. Ринг
Главный медицинский специалист
Отдел здоровья ребенка, Управление здравоохранения и
социального обеспечения, Лондон

СССР

Профессор Л.С. Персианинов
Директор Всесоюзного научно-исследовательского института
акушерства и гинекологии, Москва

Профессор Е.Ч. Новикова (Председатель)
Заместитель министра здравоохранения СССР по охране
материнства и детства, Министерство здравоохранения СССР,
Москва

ТУРЦИЯ

Д-р Д. Таньвели
Заведующий центром охраны материнства и детства в Стамбуле,
Стамбул

ФИНЛЯНДИЯ

Д-р В.Й. Соининен
Руководитель бюро центров здравоохранения,
Национальный комитет здравоохранения, Хельсинки

ФРАНЦИЯ

Д-р А.С. Андриамаси
Технический советник
Генеральный директорат здравоохранения, Бюро РМЕ 1,
Министерство общественного здравоохранения и социального
обеспечения, Париж

ФЕДЕРАТИВНАЯ РЕСПУБЛИКА ГЕРМАНИИ

Профессор Х. Биккель
Директор университетской детской больницы, Гейдельберг

Профессор Й. Хилтер
Главный врач женской клиники
Гейдельбергский университет, Гейдельберг

ЧЕХОСЛОВАКИЯ

Д-р Й. Хоуштек
Декан педиатрического факультета, Прага

ШВЕЙЦАРИЯ

Профессор Л.С. Прод'хом (Виде-председатель)
Руководитель педиатрической службы
Кантональная больница, Университет Лозанны, Лозанна

ШВЕЦИЯ

Д-р Т. Мёллер
Старший медицинский специалист
Национальный комитет здравоохранения и благосостояния,
Стокгольм

Д-р Кайса Сундстрём
Старший медицинский специалист
Национальный комитет здравоохранения и благосостояния,
Стокгольм

ИГОСЛАВИЯ

Профессор Д. Милетич
Директор Института охраны материнства и детства, Нови Сад

РЕГИОН ВОСТОЧНОГО СРЕДИЗЕМНОМОРЬЯ ВСЕМИРНОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АРАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА ЕГИПЕТ

Д-р Л.М. Эль Сайид
Заместитель директора Управления охраны материнства и детства,
Министерство общественного здравоохранения, Каир

ИРАН

Д-р П. Резаи
Генеральный директор Управления общего здравоохранения
провинции Бехлехр, Министерство здравоохранения Ирана, Тегеран

ПАКИСТАН

Д-р Ниаз Х.А. Хан
Общий секретарь
Управление здравоохранения, Правительство Пакистана, Лахор

СУДАН

Д-р Ф.М. Халифа
Санитарный врач провинции Верхний Нил, Малакал,
Министерство здравоохранения, Хартум

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Международный детский центр

Профессор М. Мансьо
Генеральный директор
Международный детский центр, Париж, Франция

Международная конфедерация акушеров

Г-жа М.А. Брейн
Окружной специалист по сестринскому делу
Медицинский округ Уест Беркшир, Рединг, Беркшир,
Соединенное Королевство

Международная педиатрическая ассоциация

Профессор И. Дограмачи
Ректор университета Хадеттепе, Анкара, Турция

Международная федерация общества регулирования численности народонаселения

Профессор К.Х. Мелан
Директор института гигиены
Ростокский университет, Росток, Германская Демократическая
Республика

НАБЛЮДАТЕЛИ

Д-р М. Брейнунг
Заместитель директора Института детских инфекций
Министерство здравоохранения, Берлин, Германская Демократическая
Республика

Д-р Р. Игнатьева
Старший научный сотрудник Института социальной гигиены и
организации здравоохранения им. Семашко, Москва, СССР

Приложение 1У

Профессор И. В. Ильин

Отделение акушерства и Гинекологии
Первый московский медицинский институт, Москва, СССР

Д-р В. В. Кочемасова

Заместитель начальника Главного управления
лечебно-профилактической помощи детям и матерям,
Министерство здравоохранения СССР, Москва, СССР

Д-р Урсула Купфершмидт

Специалист-педиатр
Детская клиника, Университет Карла Маркса, Лейпциг,
Германская Демократическая Республика

Профессор И. А. Мапуилова

Руководитель Научно-методического центра ВОЗ во всесоюзном
научно-исследовательском институте акушерства и Гинекологии,
Москва, СССР

Д-р М. Никитина

Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи
детям и матерям, Министерство здравоохранения СССР, Москва, СССР

Профессор М. Я. Студеникин

Директор Института педиатрии, Москва, СССР

Д-р Нина Вац-Хёккерт

Руководитель проекта по профилактической стоматологической
помощи Отделов охраны материнства и детства, Эспоо, Финляндия

КОНСУЛЬТАНТЫ ВОЗ

Профессор Е. М. Баккетт (Составитель отчета)

Кафедра коммунального здравоохранения, Ноттингемский университет,
Медицинская школа, Ноттингем, Соединенное Королевство

Д-р Елизабет Функе (Составитель отчета)

Медицинский специалист по охране материнства и детства
Министерство труда, здравоохранения и социальных дел земли
Северный Рейн-Вестфалия, Диссельдорф, Федеративная Республика
Германии

ВРЕМЕННЫЕ СОВЕТНИКИ

- Д-р Альфреда Белхаж (Вице-председатель)
Главный медицинский специалист
Центральная служба охраны материнства и детства и питания,
Министерство общественного здравоохранения, Рабат, Марокко
- Профессор В.И. Бодяжина
Заместитель директора по науке
Всесоманный научно-исследовательский институт акушерства и
гинекологии, Москва, СССР
- Профессор Кристина Болкова
Директор Центрального научно-исследовательского института
охраны материнства и детства, Варшава, Польша
- Профессор И. Дограмачи
Ректор университета Хацеттепе
Анкара, Турция
- Профессор М. Мансьо
Генеральный директор
Международный детский центр, Париж, Франция
- Д-р Натали П. Массе
Директор просвещения
Международный центр помощи детям, Париж, Франция
- Г-жа М.Е. Миккола
Главный специалист по сестринскому делу
Национальный комитет здравоохранения,
Хельсинки, Финляндия
- Профессор П.О. Петерсон
Отделение педиатрии, Университетская больница,
Упсала, Швеция
- Д-р П. Рёниш
Руководитель Центра лечения лейкозов при Детской клинике,
Медицинская академия Карла Густава Каруса, Дрезден,
Германская Демократическая Республика

Приложение 1У

Д-р С.Ф. Руосс

Акушер и гинеколог, Больница Саутлэнд, Шохэм-бай-Си,
Сассекс, Соединенное Королевство

Д-р Станка Симонети

Зав. Отделом охраны материнства и детства
Институт охраны здоровья матери и ребенка Социалистической
Республики Словении, Любляна, Югославия

Д-р В. Таточенко

Старший научный сотрудник
Институт педиатрии, Академия медицинских наук СССР, Москва, СССР

Д-р Барбара Томпсон

Специалист по медицинской социологии
Отдел медицинской социологии Медицинского научного совета,
Центр социальных исследований, Абердин, Шотландия,
Соединенное Королевство

Д-р Ж.-С. Вюй

Заместитель директор Института социальной и профилактической
медицины, Бернский университет, Швейцария

Профессор Б.О. Васц-Хёкерт

Профессор педиатрии, зав. II отделением педиатрии, Центральная
университетская больница, Хельсинки, Финляндия

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Европейское региональное бюро

Д-р Ф.А. Баухофер

Директор Служб здравоохранения

Д-р А. Вебер

Региональный специалист по медико-санитарной информации

Г-н Ж.-М. ван Гиндерталь

Специалист по общественной информации

Д-р М. Постильоне (Секретарь)

Исполняющий обязанности руководителя Службы профилактики
неинфекционных болезней и борьбы с ними

Д-р Х.К. Стетлер
Медицинский специалист, Проект Морокко 5101

Г-жа В. Хаддад
Специалист по сестринскому делу и акушерству в
общественном здравоохранении

Штаб-квартира

Д-р А. Зара
Директор отдела охраны здоровья семьи

Д-р А. Петрос-Барвазян
Руководитель секции охраны материнства и детства