

Переосмысление общественного здравоохранения после пандемии

Ross C. Brownson, Thomas A. Burke, Graham A. Colditz, Jonathan M. Samet

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305861>

American Journal of Public Health (AJPH), ноябрь 2020

Опубликовано онлайн: 07 октября 2020 г. (свободный доступ)

Аннотация

Пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19) представляет собой беспрецедентную проблему для общества, затрагивая прежде всего категорию граждан, которые уже сталкиваются с неравенством в отношении здоровья, и приводит к огромным экономическим последствиям. Пандемия напоминает всем о ценности и необходимости общественного здравоохранения.

В контексте эпохи, которую сформирует COVID-19, авторы обозначили серию проблем и изменений в общественном здравоохранении, а также определили, какие действия в течение следующих 5 лет будет необходимо предпринять для переосмысления систем общественного здравоохранения. Пандемия выявила многочисленные ограничения в нынешних системах общественного здравоохранения США и мира, включая недостаточную готовность и ограниченные возможности эпидемиологического надзора, осложненные давним и усугубляющимся неравенством в отношении здоровья и быстрым распространением дезинформации, с которой необходимо бороться. Авторы предвидят три фазы развития общественного здравоохранения в течение следующих 5 лет: первая – реакционное антикризисное управление, вторая – поддержка первоначальных достижений, и третья – поддержка и ускорение прогресса.

Обновленная система общественного здравоохранения будет в значительной степени зависеть от лидерства и политической воли, переосмысления того, как мы классифицируем и устраняем риски на уровне населения, от научного использования данных в XXI веке и применения новых коммуникативных навыков.

Особенности демографии и общественного здравоохранения объясняют различия в смертности от COVID-19 в разных странах

Ondrej Hradsky, Arnost Komarek

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa226>

European Journal of Public Health. 2021;31(1):12–16.

Опубликовано 27 января 2021 г. (свободный доступ)

Аннотация

Общие сведения. Количество смертей на 1 млн населения, вызванных коронавирусом COVID-19, значительно различается в разных странах. Часто причинно-следственное влияние мер, принятых властями, неправильно оценивается посредством сравнения смертности от коронавируса с чистой смертностью в странах, где в рамках предпринятых мер реализовывались разные стратегии. Кроме того, во внимание редко принимается возможное влияние на смертность других факторов.

Методы. Для разработки модели, использующей неинтервенционные (преимущественно социально-демографические) факторы, чтобы во многом объяснить различия в общей смертности по разным странам, авторы проанализировали данные из открытых источников (Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний, Открытые данные Всемирного банка, Всемирный атлас БЦЖ) и публикации.

Результаты. Статистически значимые связи с логарифмической смертностью от COVID-19 были обнаружены со следующими факторами: численность населения в возрасте 80 лет и старше, плотность населения, доля городского населения, ВВП, обеспеченность больничными койками, средняя температура в марте и заболеваемость туберкулезом. Окончательная модель могла объяснить 67 % изменчивости смертности по странам. Этот результат также можно интерпретировать следующим образом: менее трети вариативности логарифмических различий в смертности можно было бы предотвратить посредством принятия различных нефармацевтических мер. К ним относятся как изоляция заболевших, так и комплексные меры, которые включают карантин, соблюдение населением социальной дистанции, а также закрытие школ и границ.

Заключение. В отдельных странах смертность от COVID-19 во многом определяется факторами, на которые невозможно повлиять, чтобы изменить ситуацию в период пандемии. В связи с этим власти должны сосредоточить внимание на факторах, на которые можно повлиять, – например, количество доступных больничных коек.

Руководства и рекомендации по передовой практике оказания услуг в области репродуктивного здоровья в условиях пандемии COVID-19: обзор предметного поля

Lemi Belay Tolu, Garumma Tolu Feyissa & Wondimu Gudu Jeldu

<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10346-2>

BMC Public Health. 2021;21:276. PMC7856605.

Опубликовано online 03 февраля 2021 г. (свободный доступ)

Аннотация

Общие сведения. Руководящие органы и медицинские работники предпочитают использовать обобщенные практические рекомендации. Цель этого обзора предметного поля состоит в определении существующих руководств, консенсусных заявлений, стандартов практики и практических рекомендаций по оказанию услуг в области репродуктивного здоровья во время пандемии COVID-19.

Методы. Авторы провели поиск в базах данных руководств и на сайтах профессиональных ассоциаций и международных организаций, занимающихся вопросами сексуального и репродуктивного здоровья. Целью поиска были практические рекомендации по предоставлению услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) во время пандемии COVID-19. Также поиск осуществили в базах данных MEDLINE, EMBASE и Google Scholar. Извлечение данных производилось двумя независимыми рецензентами с использованием специального инструмента, который был разработан для записи ключевой информации источника, имеющей отношение к цели обзора. Разногласия между двумя авторами в отношении извлечения данных были разрешены путем обсуждения.

Результаты. В обзор была включена 21 работа. Найденные рекомендации были сгруппированы по темам. В исследованных материалах были представлены подходы к дородовой помощи, родам, послеродовой помощи, безопасному аборту, контрацепции, гендерному насилию и искусственному оплодотворению.

Заключение. Исследованные документы содержали консенсусные заявления и рекомендации о том, что во время пандемии COVID-19 должен быть доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, таким как дородовая помощь, послеродовая помощь, контрацепция, безопасные аборты и клиническое ведение переживших изнасилование. Помимо обеспечения доступа к этим услугам, должны прилагаться совместные усилия по реорганизации службы сексуального и репродуктивного здоровья. Практические рекомендации сосредоточены на инновационных способах предоставления услуг для минимизации воздействия COVID-19 на пациентов и персонал, а также на снижении нагрузки на систему здравоохранения. Сюда входит использование телемедицины и ухода на дому или самопомощи.

Описательный анализ факторов социальных детерминант в городских сообществах, затронутых COVID-19

Gunness Harlem

<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa078>

Journal of Public Health. 2020;42(3):466–469.

Опубликовано: 12 июня 2020 г. (свободный доступ)

Аннотация

Цель. Провести описательный анализ сообществ, серьезно пострадавших от COVID-19, и сообществ, умеренно затронутых COVID-19, с акцентом на социальные детерминантные факторы.

Методы. Чтобы сравнить сообщества с чрезвычайно высокими показателями COVID-19 с сообществами с умеренными показателями COVID-19, мы выбрали шесть районов в Квинсе, штат Нью-Йорк. В анализе были использованы общедоступные данные Департамента здравоохранения города Нью-Йорка по проценту положительных случаев COVID-19 по почтовым индексам с 1 марта 2020 г. по 17 апреля 2020 г.

Результаты. По данным исследования случаев COVID-19 было на 30 % больше в сообществах с чрезвычайно высоким уровнем заболеваемости по сравнению с сообществами с умеренным уровнем. Были выявлены несколько отличительных социальных детерминант в сообществах с чрезвычайно высоким уровнем случаев COVID-19. К ним относятся сильная скученность населения, более низкий уровень образования, ограниченный доступ к здравоохранению и большее количество хронических заболеваний.

Заключение. Данное исследование дополняет существующую литературу об уязвимых городских сообществах, затронутых COVID-19. В будущих исследованиях следует сосредоточиться на основных факторах каждой социальной детерминанты, обсуждаемой в этом исследовании, чтобы лучше понять ее связь с распространением COVID-19.

Биомедицинские, психологические, экологические и поведенческие факторы, связанные с ожирением у взрослых, на примере репрезентативной на национальном уровне выборки

Helen Cheng, Scott Montgomery, Andy Green, Adrian Furnham

<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz009>

Journal of Public Health. 2020;42(3):570–578.

Опубликовано: 25 февраля 2019 г. (свободный доступ)

Аннотация

Цель. В ходе лонгитюдного исследования определить личностные, биомедицинские и поведенческие факторы, связанные с ожирением у взрослых, на примере большой выборки.

Методы. В общей сложности в исследование были включены 5360 участников с данными о личности, неврологической функции, курении матери во время беременности, образовании и роде занятий, физических упражнениях, показателях ИМТ и уровня ожирения по самооценке взрослых. Переменной исхода было ожирение в возрасте 55 лет.

Результаты. Показатели ожирения увеличились с 9,5 до 22,8 % в возрасте от 33 до 55 лет. Логистический регрессионный анализ (скорректированные оценки) показал, что неврологические функции в детстве (ОШ = 1,32: 1,07–1,63, $P < 0,01$), курение матери во время беременности (ОШ = 1,42: 1,22–1,65, $P < 0,001$), уровень образования (ОШ = 0,54: 0,37–0,79, $P < 0,01$), личная сознательность (ОШ = 0,80: 0,74–0,86, $P < 0,001$) и выполнение физических упражнений (ОШ = 0,87: 0,82–0,92, $P < 0,001$) были значимыми предикторами ожирения в возрасте 55 лет как для мужчин, так и для женщин. Экстраверсия у мужчин (ОШ = 1,16: 1,07–1,26, $P < 0,001$) и эмоциональная стабильность у женщин (ОШ = 0,90: 0,82–0,99, $P < 0,05$) также были значимыми предикторами переменной исхода.

Заключение. Биомедицинские, психологические, экологические и поведенческие факторы были связаны с ожирением у взрослых.

Конструктивная валидность¹ шкалы функционального состояния после COVID-19 среди переболевших коронавирусом взрослых пациентов

Felipe V. C. Machado, Roy Meys, Jeannet M. Delbressine, Anouk W. Vaes, Yvonne M. J. Goërtz, Maarten van Herck, Sarah Houben-Wilke, Gudula J. A. M. Boon, Stefano Barco, Chris Burtin, Alex van't Hul, Rein Posthuma, Frits M. E. Franssen, Yvonne Spies, Herman Vijlbrief, Fabio Pitta, Spencer A. Rezek, Daisy J. A. Janssen, Bob Siegerink, Frederikus A. Klok, Martijn A. Spruit

<https://doi.org/10.1186/s12955-021-01691-2>

Health and Quality of Life Outcomes. (2021) 19:40.

Опубликовано 03 февраля 2021 г. (свободный доступ)

Аннотация

Общие сведения. Число людей, переболевших COVID-19, растет. В связи с этим растет необходимость в инструментах, позволяющих адекватно оценить течение заболевания и его влияние на функциональный статус пациента. В рамках исследования мы оценили конструктивную валидность шкалы функционального состояния после COVID-19 среди взрослых пациентов, перенесших или предположительно перенесших коронавирус.

Методы. После проявления симптомов взрослые пациенты с диагнозом и подозрением на коронавирус, которые состояли в онлайн-группе и двух группах на Facebook для больных COVID-19 с постоянными симптомами, прошли опрос в режиме онлайн. Количество и интенсивность симптомов оценивалась с помощью Утрехтского дневника симптомов; качество жизни, обусловленное здоровьем (HrQoL), – с помощью 5-уровневого вопросника EQ-5D; нарушения в работе и деятельности – с помощью опросника для оценки

¹ Конструктивная валидность — частный случай операциональной валидности (обоснованности и пригодности применения методик и результатов исследования в конкретных условиях), степень адекватности метода интерпретации экспериментальных данных теории, которая определяется правильностью употребления терминов той или иной теории.

влияния болезни на производительность труда и повседневную активность, а функциональное состояние – с помощью шкалы функционального состояния после COVID-19 (PCFS).

Результаты. В рамках исследования были проанализированы данные 1939 человек (85 % составляли женщины, 95 % участвовавших не были госпитализированы), принимавших участие примерно через 3 месяца после появления симптомов, связанных с коронавирусом. Пациенты, испытывающие «легкие», «умеренные» и «серьезные» функциональные ограничения, продемонстрировали постепенное увеличение количества/интенсивности симптомов, снижение уровня качества жизни и ухудшение рабочей и обычной активности. Различий в отношении количества и интенсивности симптомов, качества жизни, обусловленного здоровьем, и нарушений в рабочей и обычной активности среди пациентов, испытывавших «незначительные» функциональные ограничения или их отсутствие, обнаружено не было. Авторы отметили статистическую связь между функциональным состоянием и обусловленным здоровьем качеством жизни – от слабой до сильной ($r: 0,233-0,661$). Примечательно, что наиболее сильная связь наблюдалась в сфере «обычная деятельность» 5-уровневого вопросника EQ-5D.

Заключение. Мы продемонстрировали конструктивную валидность шкалы функционального состояния после COVID-19 среди взрослых пациентов с сильными симптомами и диагнозом или подозрением на коронавирус спустя 3 месяца после появления симптомов.

Социально-экономическое неравенство при обращении за первичной медицинской помощью в нерабочее время: исследование по изучению связи на базе электронных медицинских карт

Tessa Jansen, Karin Hek, François G. Schellevis, Anton E. Kunst, Robert A. Verheij

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa116>

European Journal of Public Health. 2020; 30(6):1049–1055.

Опубликовано: 18 августа 2020 г. (платный доступ)

Аннотация

Общие сведения. Низкий социально-экономический статус имеет связь с повышенной вероятностью обращения за первичной медицинской помощью в нерабочее время. В этом исследовании целью авторов было определить, сохраняется ли неравенство среди уязвимых с социально-экономической точки зрения лиц, для которых характерно более слабое здоровье. Чтобы реально оценить масштабы обращения за первичной медицинской помощью в нерабочее время в перспективе, авторы сравнили его с обращением за медицинскими услугами в учреждения общего профиля в дневное время.

Методы. Авторы проанализировали данные электронных медицинских карт 988 040 пациентов за 2017 г. (251 учреждений общего профиля, оказывающих услуги в дневное время, 27 учреждений первой медицинской помощи, оказывающих услуги в нерабочее время) из базы данных первичной медицинской помощи Nivel и связали их с социально-демографическими данными (Statistics, Нидерланды). Была проанализирована связь обращения за медицинской помощью в рабочее и нерабочее время с низким социально-экономическим статусом (в качестве показателя применялся доход домохозяйства пациента), используя многоуровневую логистическую регрессию. Авторы также отследили демографические характеристики и наличие хронических заболеваний и дополнительно классифицировали пациентов по группам данных заболеваний.

Результаты. При обращении за помощью в нерабочее время наблюдался градиент дохода, при этом вероятность росла в каждой группе с более низким доходом [самый низкий доход, референтная группа с самым высоким доходом: отношение шансов (ОШ) = 1,48, 95 % доверительный интервал (ДИ): 1,45-1,51]. Неравенство доходов при обращении в учреждения общего профиля в рабочее время было значительно меньше (самый низкий доход: ОШ = 1,17, 95 % ДИ: 1,15-1,19). Значительное неравенство при обращении в нерабочее время наблюдалось среди пациентов с хроническими заболеваниями (например, среди пациентов с самым низким уровнем дохода и сердечно-сосудистыми заболеваниями: ОШ = 1,60, 95 % ДИ: 1,53-1,67). Неравенство в обращении в учреждения общего профиля в рабочее время среди пациентов с хроническими заболеваниями было аналогично неравенству среди населения в целом.

Выводы. Частое обращение за первой медицинской помощью в нерабочее время говорит о том, что пациенты с низким уровнем дохода и хроническими заболеваниями испытывают дополнительную потребность в медицинском уходе, который они не могут получить где-либо еще. Результаты исследования создают основу для обсуждения вопроса оказания первичной медицинской помощи на базе учреждений общего профиля, для того чтобы уязвимые категории населения реже обращались за ней в нерабочие часы.

Выявление проблем в осуществлении комплексного ухода за пациентами с использованием телемедицинских технологий: обзоры предметного поля и качественный контент-анализ

Lorenz Harst, Patrick Timpel, Lena Otto, Peggy Richter, Bastian Wollschlaeger, Katja Winkler, Hannes Schlieter

<https://doi.org/10.1007/s10389-019-01065-5>

Journal of Public Health. 2020;28:583-594.

Опубликовано: 09 апреля 2019 г. (свободный доступ)

Аннотация

Общие сведения. Считается, что комплексный уход повышает качество предоставляемой медицинской помощи. Для обеспечения комплексного ухода необходимы скоординированные действия между главными участниками процесса. Тесное сотрудничество достигается благодаря информационно-коммуникационным технологиям, в частности, телемедицинским технологиям. Несмотря на свой потенциал, большинство телемедицинских решений никогда не перейдут от пилотного этапа к полному внедрению в повседневную практику. Данные о препятствиях, которые мешают успешному внедрению и применению телемедицины, весьма ограничены, особенно в части комплексного ухода.

Цели и методы. Авторы провели 4 обзора предметного поля для описания широкого спектра негативных факторов, с которыми сталкиваются при внедрении телемедицинских технологий: технические, поведенческие, экономические и организационные. Выявленные препятствия были объединены в группы с подкатегориями, которые затем сгруппировали для определения потенциального направления будущих исследований по внедрению телемедицинских технологий.

Результаты. В дальнейший анализ были включены 118 исследований. Полученные данные свидетельствуют о том, что характеристики людей, а также окружающая их социальная система и система здравоохранения являются наиболее важными препятствиями для оказания комплексной помощи при поддержке телемедицинских технологий. Разработка и применение информационных систем, а также отсутствие данных и доказательств эффективности телемедицины и комплексной помощи препятствуют ее успешному внедрению в повседневную практику.

Обсуждение. Выделение проблемных областей способствует углубленному пониманию того, как взаимосвязаны проблемы, препятствующие внедрению телемедицинских решений в комплексный уход. В конечном итоге это помогает успешно разрабатывать и внедрять комплексный уход при поддержке таких технологий.

Взаимосвязь между отношением людей к традиционной медицине и дополнительным и альтернативным методам лечения и восприятием их состояния здоровья

Kevser Isik, Hacer Ünver, Hilal Yildirim

<https://doi.org/10.1007/s10389-020-01233-y>

Journal of Public Health, 2020;28:745-750(2020).

Опубликовано онлайн 02 марта 2020 г. (свободный доступ)

Аннотация

Цель. Цель данного исследования состояла в том, чтобы определить взаимосвязь между отношением людей к традиционной медицине и альтернативной медицине и их восприятием здоровья.

Методы и инструменты исследования. В данном поперечном исследовании приняли участие 300 человек. Данные были собраны с помощью опросника, содержащего описательную информацию, а также шкалы оценки отношения к дополнительной и альтернативной медицине (Complementary and Alternative Medicine Attitude Scale) шкалы восприятия здоровья (Health Perception Scale).

Результаты. Установлено, что 20,7 % участников прибегают к альтернативным методам лечения. Большинство используют продукты растительного происхождения и альтернативное лечение для поддержания здоровья. Наблюдается положительная связь между отношением к дополнительному и альтернативному лечению и восприятием здоровья.

Заключение. Уровень образования, хронические заболевания и наличие знаний об альтернативном лечении влияют на то, как часто оно применяется, и по мере того, как растет осознание людьми важности здоровья для полноценной жизни, повышается и положительное отношение к альтернативному лечению.

Исследование качества жизни пациентов по прошествии пяти лет после получения травмы: проспективное наблюдательное исследование

Fanny Vardon-Bounes, Romain Gracia, Timothée Abaziou, Laure Crognier, Thierry Seguin, François Labaste, Thomas Geeraerts, Bernard Georges, Jean-Marie Conil, Vincent Minville

<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01652-1>

Health and Quality of Life Outcomes. (2021) 19:18.

Опубликовано 08 января 2021 г. (свободный доступ)

Аннотация

Актуальность. Имеется мало данных о качестве жизни в отдаленной перспективе у пациентов, получивших тяжелую травму. Цель нашего исследования состояла в том, чтобы оценить качество жизни пациентов, перенесших травму средней и тяжелой степени, и определить первичные факторы, влияющие на долгосрочное ухудшение качества жизни.

Методы. Проведено проспективное моноцентрическое исследование с участием пациентов, которые в 2012 г. получили травмы средней или тяжелой степени. Отбор пациентов производился на основе шкалы оценки тяжести повреждений (ISS). В исследование были включены пациенты, у которых показатель ISS был выше или равен 9. В качестве основного критерия оценки использовалось количество баллов, полученных в опросниках для оценки качества жизни SF-36 и NHP (Ноттингемский профиль здоровья). Вторичными критериями оценки были определение социально-экономического влияния на качество жизни и выявление факторов, связанных с инвалидностью.

Результаты. 208 пациентов получили предложение участвовать в исследовании по электронной почте или по телефону. Всего в исследовании приняли участие 55 пациентов (уровень участия – 26,4 %), из них 78,2 % – мужчины. Средний возраст участников – 46 лет. При оценке результатов по шкале NHP и SF-36 отмечены значительные изменения в качестве жизни, в том числе и в физическом и в психологическом компонентах. Изменения привели к серьезным социально-экономическим последствиям, поскольку 26 % пациентов не смогли вернуться к своей профессиональной деятельности (n = 10), 20 % потребовалась переподготовка, чтобы сменить род занятий, а 36,4 % получили инвалидность. Исследование показало, что баллы ≤ 85 по переменной физического функционирования шкалы MOS SF 36 были связаны с инвалидностью.

Заключение. По прошествии 5 лет с момента получения травмы средней или тяжелой степени качество жизни пациентов значительно ухудшилось, что привело к заметным социально-экономическим последствиям. Инвалидность, ставшая следствием получения серьезной травмы, связана с оценкой ≤ 85 баллов по шкале опросника для оценки качества жизни SF-36. Данное исследование ставит вопрос о том, следует ли проводить программы ранней реабилитации, чтобы повлиять на долгосрочные последствия серьезной травмы.

Правда ли, что здоровые врачи лучше консультируют пациентов на тему здорового образа жизни? Данные когортного исследования SUN

Silvia Carlos, Anaïs Rico-Campà, Carmen de la Fuente-Arrillaga, María Echavarri, Alejandro Fernandez-Montero, Alfredo Gea, Camino Salazar, Miguel Angel Martínez-González

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa019>

European Journal of Public Health. 2020;30(3):438–444.

Опубликовано: 14 февраля 2020 г. (свободный доступ)

Аннотация

Общая информация. Приверженность здоровому образу жизни ассоциируется с более низкой смертностью/заболеваемостью хроническими болезнями. Важную роль при этом играют врачи, которые консультируют пациентов и выступают для них в качестве примера для подражания. В рамках проспективного когортного исследования авторы изучили поведенческие консультации группы врачей на тему питания и образа жизни их пациентов, а также их связь с поведением самих врачей.

Методы. В исследовании принимало участие 890 врачей в возрасте до 65 лет включительно. Все они были участниками когортного исследования Seguimiento Universidad de Navarra (SUN). Врачи заполнили онлайн-ан-

кету на тему поведенческого консультирования и назначения лекарств пациентам. Затем мы объединили данные анкет с предварительно собранной информацией об образе жизни этих врачей.

Результаты. 31 % врачей сообщили о продолжительности приема пациента < 10 минут; 73 % рекомендовали 60–100 % своим пациентам бросить курить, 58 % – заняться физической активностью, 54 % – следить за весом, 51 % – питаться правильно, 44 % – перестать употреблять алкоголь или пить его реже, а 28 % – соблюдать умеренность при потреблении алкоголя. Среди докторов, которые консультировали 100 % пациентов на тему здорового образа жизни, 43 % рекомендовали бросить курить, 15 % – заняться спортом, а 13 % – следить за весом и питаться правильно. Соблюдение врачами средиземноморской диеты было связано с более длительным консультированием пациентов на тему питания. Высокая физическая активность была связана с более длительным консультированием пациентов по вопросам выполнения физических упражнений. Среди курящих и бросивших курить врачей была обнаружена обратно пропорциональная связь с частотой и длительностью консультирования пациентов по вопросам отказа от курения/снижения частоты курения.

Заключение. Изменения в личном поведении врачей и их большая осведомленность на тему здорового питания и образа жизни, вероятно, повышают качество их консультаций, предоставляемых пациентам.