

Źródła i zasady zbierania danych o stanie zdrowia populacji

Źródła informacji, którymi dysponuje epidemiologia dzielimy na:

- pierwotne (bezpośrednie)
- wtórne (pośrednie)

Za pierwotne źródła informacji uznaje się te, które są gromadzone przez epidemiologia z pierwotnym przeznaczeniem do analizy epidemiologicznej.

Informacje o stanie zdrowia określonych populacji uzyskujemy tutaj na drodze:

- a) badań przesiewowych (badań skriningowych)
- b) badań specjalnych (badań epidemiologicznych, które mogą być wyczerpujące lub częściowe)

Badania przesiewowe (skriningowe)

Wieloletnie doświadczenie i praktyka doprowadziły do powszechnej akceptacji poglądu, że zapobieganie jest społecznie najkorzystniejszym i najbardziej ekonomicznym sposobem ochrony zdrowia. Badania skriningowe polegają na stosowaniu prostych, operatywnych testów, mających na celu wstępne selekcjonowanie z całej zbiorowości ludzkiej osobników, którzy prawdopodobnie są dotknięci chorobą lub wadą, bądź w większym stopniu od pozostałych są na nie narażeni.. Ponadto badania skriningowe dają możliwość uzyskania danych pozwalających na bardziej dokładną ocenę częstości występowania poszczególnych chorób w społeczeństwie.

Program opieki zdrowotnej w Polsce nad populacją w wieku rozwojowym (0-18 lat) przewiduje posługiwanie się w latach najbliższych metodą badań skriningowych, przy wstępnej selekcji osobników z następującymi zakresami patologii:

- niektóre nieprawidłowości w rozwoju fizycznym i psychicznym
- zaburzenia sprawności funkcji wzroku, słuchu i mowy
- nieprawidłowa odporność p-gruźlicza
- przewlekłe infekcje dróg moczowych
- nadciśnienie tętnicze.

Natomiast w grupie powyżej 19 roku życia, badania skriningowe obejmują najczęściej następujące grupy chorób:

- choroby nowotworowe (rak szyjki macicy, rak sutka, rak płuca, rak okrężnicy, rak żołądka)

- choroby układu krążenia
- cukrzyca
- przewlekłe choroby układu oddechowego (na terenie Polski, badania nad występowaniem tej grupy chorób są od ok. 10 lat prowadzone na terenie Krakowa). Stosowanie badań przesiewowych jest w pełni uzasadnione wówczas, gdy zostaną spełnione następujące warunki:
- poszukiwana choroba stanowi ważny problem społeczny
- istnieje możliwość wyraźnego różnicowania ze stanem prawidłowym
- choroba cechuje się odpowiednio długim okresem przedklinicznym
- dla pacjentów z rozpoznaną chorobą istnieją uznane i dostępne w kategoriach merytorycznych

i organizacyjnych możliwości dalszej diagnostyki i leczenia.

W praktyce stosowanej wyróżnia się kilka form badań sringowych:

- przesiew masowy, powszechny (mass- skringing)
- przesiew wybiórczy (selectiverscreening)
- przesiew wielokierunkowy i wielofazowy (multiple or multiphasic skringing)
- przesiew oportunistyczny (oportunistic skringing)

Badania epidemiologiczne

Celem badań epidemiologicznych jest ustalenie części występowania różnych chorób oraz ich rozmieszczenie

w poszczególnych grupach ludności (wg określonych zmiennych zależnych i niezależnych).

Plan badania powinien zawierać następujące części:

- 1) cel badania
- 2) przedmiot badania
- 3) rodzaj i zakres informacji
- 4) stopień dokładności- wyróżniamy dwa rodzaje błędów:
 - a) błąd pomiaru
 - błąd przypadkowy
 - błąd systematyczny

- b) błąd próby
- 5) Metody uzyskiwania informacji:
- 6) opracowanie i analiza danych
- 7) badania wstępne (pilotażowe)

Test diagnostyczny, czyli pełen zestaw metod pomiarowych musi charakteryzować się następującymi cechami:

1) powtarzalnością $\frac{\text{liczba wyników zgodnych w obu punktach}}{\text{liczba wszystkich wyników testu}} \times 100$

2) trafnością – tzn. powinno się przy jego pomocy dokładnie zmierzyć to, co zamierzono

a) **Czułość:** $\frac{\text{chorzy z dodatnim wynikiem testu}}{\text{wszyscy chorzy w populacji}} \times 100$

b) **Swoistość:** $\frac{\text{zdrowi z ujemnym wynikiem testu}}{\text{wszyscy zdrowi w populacji}} \times 100$

- 3) prostota
- 4) akceptacja przez osoby badane

Wtórne źródła informacji

Materiałami wtórnymi określamy informacje wykorzystywane w opracowaniach epidemiologicznych,

lecz pierwotnie zbierane dla innych celów.

Wtórne źródła informacji dzielimy na:

- a) statystyki zgonów
- c) statystyki chorób

Podstawowym dokumentem, na którym opiera się **statystyka zgonów** jest karta zgonu (Pu – M67). Kartę zgonu wypełnia lekarz sprawujący bezpośrednią opiekę nad chorym. Przed wystawieniem karty zgonu obowiązkiem lekarza jest wykonanie następujących czynności:

- potwierdzony zgon
- ustalenie przyczyny zgonu
- stwierdzenie tożsamości osoby badanej

- stwierdzenie, że nie zachodzi podejrzenie przestępstwa jako przyczyny zgonu.

Karty zgonu, wraz z częścią statystyczną, **wypełniane i potwierdzane są przez lekarza stwierdzającego zgon lub inną uprawnioną osobę.**

Wypełnienie części dotyczącej przyczyny zgonu polega na przyporządkowaniu właściwego rozpoznania do następujących kategorii:

- wyjściowa przyczyna zgonu
- bezpośrednia przyczyna zgonu
- wtórna przyczyna zgonu

Wyjściowa przyczyna zgonu- jest to choroba, uraz lub zatrucie, zapoczątkowujące łańcuch procesów patologicznych prowadzących do zgonu. W przypadku urazu (lub zatrucia) przyczyną wyjściową jest okoliczność wypadku lub użycia przemocy, które spowodowały uraz śmiertelny.

Bezpośrednia przyczyna zgonu – jest to choroba (uraz), która stała się ostateczną przyczyną zgonu, w następstwie chorób, urazu lub zatrucia, będących przyczynami wyjściową i wtórną

Wtórna przyczyna zgonu – jest to choroba, która rozwinęła się jako skutek choroby lub zatrucia będących przyczyną wyjściową i pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym, pomiędzy przyczyną wyjściową i bezpośrednią.

Statystyka chorób:

Wyróżniamy następujące grupy chorób:

1. Choroby podlegające obowiązkowemu zgłoszeniu i rejestracji
 - a) choroby zakaźne – obowiązek zgłaszania w Polsce datuje się od 1919 roku. Istnieje obowiązek zgłoszenia 59 chorób zakaźnych, spośród których 16 podlega przymusowej hospitalizacji, 2 natomiast przymusowemu leczeniu. Zgłoszenie o chorobie zakaźnej zostaje przesłane na odpowiednim druku do Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej.
 - b) Choroby i zatrucia zawodowe – są zgłaszane do Terenowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej (dział higieny pracy)
 - c) Choroby nowotworowe – rozpoznanie choroby nowotworowej musi być również zgłoszone przez lekarza do Wojewódzkiej Przychodni Onkologicznej
 - d) Gruźlica, AIDS, choroby weneryczne – przy odpowiednich poradniach specjalistycznych

- e) Choroby psychiczne – centralny rejestr chorób psychicznych jest w Polsce prowadzony od 1972 roku
- f) Niektóre choroby wieku dziecięcego – np. hemofilia (ogólnopolski rejestr jest prowadzony przez Instytut Hematologii), czy też wady metaboliczne lub Polski Rejestr Wad Rozwojowych.

Inne wtórne źródła informacji związane z chorobą:

- a) dane o przyczynach niezdolności do pracy – analiza absencji chorobowej jest również wykorzystywana dla oceny stanu zdrowia ludności
 - b) dane z lecznictwa zamkniętego- Karta Statystyczna Szpitalna
 - c) dane z lecznictwa otwartego- kartoteki poradniane
 - d) dane dotyczące inwalidztwa- gromadzi ZUS – liczba inwalidów oraz chorób i wypadków, które spowodowały inwalidztwo
- dane z masowych badań profilaktycznych- badania nowoprzystępujących do pracy, badania okresowe, badania radiologiczne klatki piersiowej.