

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

УДК 614.253.52

АСКАРОВА РУФИНА ИЛЬДУСОВНА

**Роль медицинских сестёр поликлиник и СВП при внедрении
здорового образа жизни среди населения**

5A511510 - организация и управление общественным здравоохранением

ДИССЕРТАЦИЯ НАПИСАНА НА ПОЛУЧЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОЙ
СТЕПЕНИ МАГИСТРА

Научный руководитель:
профессор Махмудова Н.М.

Ташкент 2013

Аннотация

Во многих странах мира растет спрос на сестринский персонал, так как их практика гибко реагирует на демографические, экономические и социальные перемены. В результате этого сестринская деятельность превратилась в ключевой компонент медицинского обслуживания в любых условиях. Сфера деятельности медицинских сестер включает оказание широкого спектра услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи. Медицинская сестра общей практики, выполняющая программу по защите и укреплению здоровья семьи, должна знать и уметь оценить семью как систему, ее культурные и этнические особенности, взаимоотношения ее членов, характер питания в семье, вредные привычки и факторы риска, определить влияние изменений в составе семьи на здоровье. Медицинская сестра общей практики дает подробную оценку состояния здоровья семьи и рекомендации по коррекции выявленных нарушений, вместе с семьей оценивает результаты проводимых ею, врачом общей практики и семьей профилактических мер. Однако подводя итог необходимо отметить что, в настоящее время подготовка сестер ориентирована в основном на работу с уже заболевшими людьми; преимущественно готовятся кадры для стационаров, что не позволяет уделять достаточное внимание вопросам профилактической деятельности медицинских сестер, хотя на всех уровнях подготовки сестринского персонала большое значение должно придаваться именно вопросам поддержания здоровья здоровых людей, а также профилактике дальнейшего развития уже имеющихся заболеваний. Исследования показали, что эффективного контроля за качеством проводимого патронажа среди населения не производится, знания персонала в области показателей хронических заболеваний, наличия вредных привычек и других характеристик и показателей здоровья населения не полные все перечисленное еще раз доказывает, что необходимо пересмотреть критерии оценки деятельности среднего медперсонала в области пропаганды ЗОЖ.

ANNOTATION

Demand for nursing staff as their practice flexibly reacts to demographic, economic and social changes grows in many countries of the world. As a result of it sisterly activity turned into a key component of medical care in any conditions. The field of activity of nurses includes rendering full range of services within primary medical and sanitary help. The nurse of the general practice who is carrying out the program on protection and strengthening of health of a family, has to know and be able to estimate a family as system, its cultural and ethnic features, relationship of her members, nature of a food in a family, addictions and risk factors, to define influence of changes in family structure on health. The nurse of the general practice gives a detailed assessment of a state of health of a family and the recommendation about correction of the revealed violations, together with a family estimates results carried out by it, the general practitioner and a family of preventive measures. That is the nurse of the general practice carries out primary screening of various aspects of health of a family. However summing up it should be noted that, now preparation of sisters is focused generally on work with already sick people; mainly shots for hospitals that doesn't allow to pay sufficient attention to questions of preventive activity of nurses though at all levels of preparation of nursing staff the great value has to be attached to questions of maintenance of health of healthy people, and also prevention of further development of already available diseases prepare. Researches showed that effective control behind quality of carried-out patronage among the population isn't made, knowledge of the personnel in the field of indicators of chronic diseases, existence of addictions and other characteristics and indicators of health of the population not full everything listed once again proves that it is necessary to reconsider criteria of an assessment of activity of average medical staff in the field of HLS promotion.

АННОТАЦИЯ

Дуненинг куп давлатларида хамшираларга булган эхтиёж ушиб бормокда, чунки уларнинг амалиети демографик, иктисодий, ижтимоий узгаришларга тез таъсир килади. Бунинг натижасида хамширалик фаолияти турли шароитларда тиббий хизмат курсатишнинг калитига айланган.

Тиббиет хамшираларнинг фаолияти доирасида куп киррали хизмат курсатиш бирламчи тиббий санитария ёрдами ташкил этади.

Оилани мустахамлаш ва химоя килиш дастурини бажарувчи умумий амалиет хамшираси, оилани тизим сифатида бахолай олиши, унинг моданий ва этник хусусиятларини, оилада озикланиш характерини, зарарли одатлари ва хавф омилларини, оила ва унинг саломатлигини аниклай олиши.

Умумий амалиет тиббиет хамшираси оилани холатини бахолошда ва пайдо болган узгаришларга тавсиялар бериш, натижаларни бахолошда оила билан олиб бориш, умумий амалиет шифокори билан биргаликда профилактика ишларини олиб бориш.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	12
1.1. Доклад президента И.А.Каримов.....	12
1.2. Определение понятия здорового образа жизни.....	14
1.3. Нормативно-правовая база социально-медицинской работы с населением по пропаганде ЗОЖ.....	21
1.4. Развитие программы ЗОЖ в Российской Федерации.....	27
1.5. Основные проблемы внедрения ЗОЖ среди населения.....	28
Выводы к главе I	32
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	33
2.1. Материалы исследования.....	33
2.2. Методы исследования.....	37
Выводы к главе II	39
ГЛАВА III РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	40
3.1. Состояние здоровья населения г.Чирчика и Юкори-Чирчикского района.....	40
3.2. Результаты исследования проведенного среди пациентов СВП.....	42
3.3. Результаты исследования проведенного среди среднего медицинского персонала СВП.....	51
Выводы к главе III	59
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	62
ВЫВОДЫ	69
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	70
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ	71
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	72
ПРИЛОЖЕНИЯ	79

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВОП – Врач общей практики

ЗОЖ – Здоровый образ жизни

ЛПУ – Лечебно-профилактическое учреждение

ООН – Организация Объединенных Наций

ОПЗЖ - Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

ОПЖ - Ожидаемая продолжительность жизни

ПМП – Первичная медицинская помощь

ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь

ПМСПН - Первичная медико-санитарная помощь населению

РАМН – Российская академия медицинской науки

США – Соединённые Штаты Америки

СВ – Семейный врач

СМИ – Средства массовой информации

ФРГ – Федеративная Республика Германии

ЦЗ – Центр здоровья

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Физическая, умственная активность, увлечения, участие в производственной деятельности нельзя не учитывать при даче рекомендаций по ЗОЖ, так же, как нельзя не считаться с распространением вредных привычек (рост курения, токсикомании, сексуальной активности и др.), общественным мнением населения о внедрении в жизнь спорта (массового увлечения бегом, ритмической и атлетической гимнастикой, лечебным голоданием и др.), уровнем информации населения по проблемам, от состояния которых зависит здоровье. На население, влияет уровень загрязнения окружающей среды, радиоактивный фон, метеорологические и гелиогеомагнитные ситуации а так же распространение ряда заболеваний таких как СПИД и др.

Все эти факторы являются причиной снижения уровня здоровья населения и трудоспособности, пропаганды ЗОЖ, для первичной и вторичной профилактики заболеваний. В которой немалая роль отводится медицинским сестрам. В первичной профилактике пропаганда ЗОЖ должна быть направлена на изменение образа жизни, общественных норм поведения больших групп населения (популяционная стратегия) или на обеспечение профилактического обслуживания лиц, подвергающихся особому риску заболевания (стратегия повышенного риска). Во вторичной профилактике пропаганда ЗОЖ направлена на предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни у тех, у кого она уже есть. Медицинская сестра занимает немалое место при пропаганде ЗОЖ в рамках популяционной стратегии (медицинская сестра общего профиля, семейная медицинская сестра, медицинская сестра отделения профилактики и кабинета здорового ребенка детской поликлиники), в стратегии повышенного риска и вторичной профилактики (медицинские сестры всех профилей деятельности). Однако в условиях коренной перестройки всего дела гигиенического воспитания населения, обеспечения единой политики профилактики заболеваний

меняются подходы и к формированию ЗОЖ в работе медицинских сестер. Таким образом, от пропаганды ЗОЖ как желательного раздела деятельности сделан переход к пропаганде ЗОЖ как функциональной обязанности. При этом речь идет не о дополнительной нагрузке, а об элементе лечебно-профилактической и профилактической работы, тесно увязанном с «технологией деятельности» медицинской сестры. Пропаганда ЗОЖ должна не мешать работе, а повышать ее качественный уровень, не сводиться к формально проведенной беседе или вывешенному санбюллетеню, а осуществляться с использованием всех доступных методов индивидуального воздействия, воздействия на группу и массовой коммуникации. Координировать эту работу на уровне среднего медицинского персонала призваны старшие и главные медицинские сестры поликлиник и больниц, планировать — заведующие отделениями, а обеспечивать технически и методически — инструкторы по санитарному просвещению.

Серьезнейшая пропагандистская работа должна вестись в отделениях профилактики поликлиники, на базе которых проводится ежегодная диспансеризация населения. Однако эта работа осуществляется без должной эффективности. Качественному ее проведению мешают формальный подход к санитарному просвещению, отсутствие информации о роли личностного фактора в этиопатогенезе выявленных нарушений или заболеваний, недооценка различия понятий «значение» и «ценность» отдельных профилактических мероприятий для населения. Ценность определяется субъективным отношением населения к тем или иным советам медицинских работников. Но именно через формирование ценности того или иного совета можно добиться его внедрения в поведение, образ жизни человека. Психология восприятия медицинской информации различна у населения. Особенно восприимчивы к пропаганде ЗОЖ беременные, больные с острыми заболеваниями и больные с хроническими заболеваниями в период их обострения. Это и следует учитывать при разъяснении населению вопросов

вторичной профилактики. Здесь нельзя ограничиваться одноразовой беседой. Каждая из названных групп требует системного обучения по вопросам ЗОЖ либо в «школе беременных», либо в «школе здоровья», либо в «курсе очно-заочного обучения» для диспансерных групп больных. Гигиеническое воспитание диспансеризируемых должно осуществляться не только в стенах поликлиники, но и при проведении медицинской сестрой патронажной работы на участке. И главное активно привлекать к борьбе за ЗОЖ население. Семейная медицинская сестра вместе с семейным врачом почти 30 % рабочего времени должны отводить на профилактические мероприятия и гигиеническое воспитание. Все выше перечисленные положения на сегодняшний день не полностью внедрены в деятельность медицинских работников, в особенности медицинских сестер. Это и вызывает необходимость изучения этой актуальной проблемы.

Цель исследования:

Определение места и роли среднего медицинского персонала поликлинической службы в организации работы по внедрению программы здорового образа жизни и разработка рекомендации по ее совершенствованию.

Задачи исследования:

1. Проведен анализ деятельности и определен уровень достижений среднего медицинского персонала в организации работы по внедрению программы здорового образа жизни в зарубежных странах.
2. Проведен анализ деятельности среднего медицинского персонала поликлинической службы в области организации работы по внедрению здорового образа жизни среди населения в г.Чирчика и Юкори-Чирчикского района.
3. Разработаны практические рекомендации по совершенствованию работы среднего медицинского персонала учреждений ПМСП и

повышение его роли в области организации работы по внедрению программы здорового образа жизни среди населения.

Научная новизна. Проведено исследование, определившее основные проблемы, с которыми сталкивается медицинский персонал в процессе внедрения программы здорового образа жизни среди населения. В процессе социологического опроса среди населения выявлены эффективные инструменты по пропаганде здорового образа жизни. С учётом полученных данных в ходе исследования были разработаны практические рекомендации по улучшению работы среднего медперсонала поликлинической службы в процессе внедрения программы здорового образа жизни среди населения.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что выводы и рекомендации могут быть использованы руководителями поликлинической службы города и села, при создании организационно-методического механизма внедрения программы здорового образа жизни средним медицинским персоналом среди населения Республики Узбекистан.

Личный вклад автора заключается в том, что магистром самостоятельно были разработаны анкеты и вопросники для проведения анкетирования среди среднего медперсонала поликлинических служб, а также социологического опроса среди населения, прикрепленного к данным медицинским учреждениям. Автор принимал активное участие в проведении анкетирования и социологического опроса, при анализе и обобщении полученных результатов.

Основные положения, выносимые на защиту. 1. Результаты статистических данных (общий показатель смертности среди населения, общий показатель заболеваемости в амбулаторно-поликлинической службе за 2011-2012гг.) г. Чирчика и Юкори-Чирчикского района 2. Результаты анкетирования и социологического опроса 3. Практические рекомендации, по улучшению работы среднего медперсонала поликлинической службы в процессе внедрения программы здорового образа жизни среди населения

Внедрение в практику Результаты работы внедрены и используются в практической деятельности среднего медперсонала 2 поликлиник г.Чирчика и 1 СВП Юкори-Чирчикского района.

Апробация диссертации проведена на заседании кафедры общественного здоровья, организации и управления здравоохранением 2012 г., а так же на апробационном совете ТашПМИ в 2012 году. Материалы диссертации доложены на Республиканской конференции молодых учёных «На пути к открытию» в 2013 г.

Методы исследования. В процессе исследования использовались статистические, математические и аналитические методы исследования. Для анализа деятельности и определение уровня достижений средним медицинским персоналом в области организации работы по внедрению программы здорового образа жизни в зарубежных странах, проводился анализ литературных и интернет данных. Для анализа деятельности среднего медицинского персонала поликлинической службы в области организации работы по внедрению здорового образа жизни среди населения в г.Чирчике и Чирчикском районе применялся метод анкетирования для среднего медицинского персонала СВП. Так же проводился социологический опрос пациентов двух СВП для определения эффективности методов в пропаганде ЗОЖ.

Объектом исследования являются профессиональная деятельность среднего медицинского персонала СВП в области пропаганды ЗОЖ. Мнение пациентов в области эффективности методов пропаганды ЗОЖ.

Предмет исследования - организационно-методические основы внедрения здорового образа средним медицинским персоналом.

Структура и объем исследования

Диссертация изложена на 82 страницах компьютерного текста (Times New Roman 14). Состоит из списка использованных сокращений, введения и трех глав: литературного обзора, материалов и методов исследования и описания результатов собственных исследований, иллюстрированных диаграммами и таблицами, а так же заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы, включающего 74 источника.

ГЛАВА I

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Выступление И.А. Каримова на международном симпозиуме: Национальная модель охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане: «Здоровая мать - здоровый ребенок»

Охрана здоровья матерей и детей, воспитание всесторонне здорового поколения определены в качестве приоритетных задач государственной политики. Глава государства отметил: "Сегодня у нас есть все основания заявить, что за годы независимого развития создан практически капитальный фундамент, на котором продолжает строиться и обновляться система здравоохранения страны.

Во-первых, сформирована принципиально новая и по-своему уникальная единая система по оказанию бесплатной неотложной высококвалифицированной медицинской помощи населению состоящая из специализированных областных больниц и отделений в городах и районах, отвечающих самым высоким требованиям и международным стандартам, служб скорой медицинской помощи, руководство и координацию деятельности которых осуществляет Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.

Во-вторых, чрезвычайно важную роль в реформировании системы охраны здоровья людей играет создание в стране более 3200 сельских врачебных пунктов, оборудованных современной медицинской техникой, в которых первичную медицинскую помощь оказывают врачи общей практики

В-третьих, осуществлена оптимизация сети учреждений здравоохранения на районном и областном уровнях, созданы компактные, хорошо оснащенные современным оборудованием и кадрами районные медицинские объединения и областные многопрофильные больницы и поликлиники.

В-четвертых, сегодня в стране функционируют 10 республиканских специализированных научно-практических медицинских центров на базе признанных научных школ, где сосредоточены высококвалифицированные, профессионально подготовленные кадры, которые оказывают высокотехнологичные медицинские услуги на современном оборудовании

Практически во всех областях Узбекистана действуют перинатальные и скрининг-центры матери и ребенка. Все беременные женщины в сельской местности за счет средств государственного бюджета обеспечиваются поливитаминами, необходимыми для формирования здорового плода.

Работа сети современных скрининг-центров матери и ребенка позволила уменьшить за период с 2000 года более чем в 1,7 раза рождение детей с наследственными и врожденными заболеваниями. В Республике проводится бесплатная вакцинация всех детей в возрасте до двух лет, что позволило полностью ликвидировать такие заболевания, как дифтерия, столбняк, полиомиелит.

Практически 100 процентов детей в возрасте до 14 лет дважды в год охватываются углубленными медицинскими осмотрами, а женщины фертильного возраста – ежегодно.

"За последние 20 лет материнская и младенческая смертность в нашей стране снизилась более чем в три раза". Узбекистан в мировом рейтинге 161 государства, составленном в текущем году Международной организацией "Спасем детей", занял 9-е место среди стран, где лучше всего заботятся о здоровье подрастающего поколения.

Система здравоохранения является одним из главных компонентов социального сектора и охватывает множество важных жизненных вопросов. Правильно управляемая и финансируемая система здравоохранения вносит весомый вклад в обеспечение социального согласия и стабильности.

Доля расходов на здравоохранение в государственном бюджете страны составляет 15,7 процента, а к валовому продукту – 4,1 процента.

Будет существенно улучшена материально-техническая, научная и практическая база специализированных медицинских центров. На эти цели в ближайшие годы будут мобилизованы средства на сумму более 1,5 миллиарда долларов США в эквиваленте, и мы рассматриваем эту работу не только как важный фактор укрепления благополучия и здоровья населения, но и как один из ключевых показателей роста нашей экономики и устойчивого прогресса общества[1].

1.2 Определение понятия здорового образа жизни

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) является важным фактором здоровья: повышает трудовую активность, создает физический и душевный комфорт, активизирует жизненную позицию, защитные силы организма, укрепляет общее состояние, снижает частоту заболеваний и обострений хронических заболеваний[3].

Понятие «здоровый образ жизни» явление динамическое и однозначно пока ещё не определено. ЗОЖ включает в себя такие понятия как «здоровье», «общественное здоровье», «образ жизни», «здоровый образ жизни», «гигиена и профилактика», «формирование ЗОЖ». В литературе существуют несколько определений здоровья:

Здоровье - это комплексное и, вместе с тем, целостное, многомерное динамическое состояние, развивающееся в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды и позволяющее человеку в различной степени осуществлять его биологические и социальные функции[6].

Здоровье — состояние живого организма, при котором организм в целом и все органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни. Может быть определено как динамическое состояние организма, характеризующееся полной психофизической и социальной гармонией в нормальных (не экстремальных) условиях жизнедеятельности[42].

Здоровье - это процесс сохранения, развития физических свойств, потенций психических и социальных, процесс максимальной продолжительности здоровой жизни при оптимальной трудоспособности и социальной активности[44].

Как отмечают в Уставе ВОЗ - здоровье это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Здоровье человека зависит от многих факторов: образа жизни, внешней среды и природно-климатических условий, генетической биологии человека, состояния здравоохранения[32].

В настоящее время общепризнанными показателями, характеризующими здоровье населения являются: 1) демографические показатели; 2) показатели заболеваемости; 3) показатели инвалидности; 4) показатели физического развития населения [36].

В.А. Фролов выделяет понятие "здоровье населения", рассматривая его как статистическое, характеризующееся комплексом демографических показателей: рождаемостью, смертностью, уровнем развития, заболеваемостью, средней продолжительностью жизни, а также социально-биологическими показателями [11].

Ю.П. Лисицын рассматривает понятие "общественного здоровья" как здоровье групп (возрастно-половых, социальных, профессиональных и др.) населения, проживающего на определенной территории, в различных странах, регионах. Общественное здоровье, с точки зрения автора, является результатом социально-опосредованных действий, проявляющихся через образ жизни человека, группы населения [43].

В. И. Курбатов так определяет общественное здоровье - это такое состояние, такое качество общества, которое обеспечивает условия для активного продуктивного образа жизни [40].

По данным многих результатов исследования:

- образ жизни людей – в 50-55% случаев;

- факторы окружающей среды – в 20-25% случаев;
- генетические факторы – в 15-20% случаев;
- медицинские факторы (служба здравоохранения) – в 10-15% случаев.

Эти данные говорят о том, что достаточность финансирования и общедоступность медицинской помощи еще не являются гарантией улучшения уровня здоровья населения [30].

Им должны сопутствовать деятельность органов здравоохранения и социальных учреждений по формированию и поддержанию здорового образа жизни у населения, по охране окружающей среды и созданию здоровых условий труда.

Доктор медицинских наук, профессор В.С. Лучкевич так же как и многие ученые рассматривает образ жизни как медико-социальный фактор здоровья.

Образ жизни – ведущий обобщённый фактор, определяющий основные тенденции в изменении здоровья, и рассматривается как вид активной жизнедеятельности человека[50].

В структуру образа жизни с его медико-социальной характеристикой входят: 1) трудовая деятельность и условия труда; 2) хозяйственно-бытовая деятельность (вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.); 3) рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой; 4) социализаторская деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками); 5) планирование семьи и взаимоотношения членов семьи; 6) формирование поведенческих характеристик и социально-психологического статуса; 7) медико-социальная активность (отношение к здоровью, медицине, установка на здоровый образ жизни)[55].

С образом жизни связывают такие понятия, как уровень жизни (структура доходов на человека), качество жизни (измеряемые параметры,

характеризующие степень материальной обеспеченности человека), стиль жизни (психологические индивидуальные особенности поведения), уклад жизни (национально-общественный порядок жизни, быт, культура) [22].

По мнению Э.Н. Вайнера функциональной структурой понятия «образ жизни» являются такие аспекты, как трудовая, социальная, интеллектуальная (психологическая установка, характер умственной деятельности), физическая и медицинская активность. То есть в проблеме здоровья, прежде всего, выделяются социальные и личностные предпосылки и лишь в последнюю очередь — медицинские [14].

Здоровый образ жизни — образ жизни отдельного человека с целью профилактики болезней и укрепления здоровья[17]. Существует несколько направлений в представлении ЗОЖ как явления. Так, представители философско-социологического направления (П. А. Виноградов, Б. С. Ерасов, О. А. Мильштейн, В. А. Пономарчук, В. И. Столяров и др.) рассматривают здоровый образ жизни как глобальную социальную проблему, составную часть жизни общества в целом[18].

В психолого-педагогическом направлении (Г. П. Аксенов, В. К. Бальсевич, М. Я. Виленский, Р. Дитлс, И. О. Мартынюк, Л. С. Кобелянская и др.) ЗОЖ рассматривается с точки зрения сознания, психологии человека, мотивации[12]. Имеются и другие точки зрения (например, медико-биологическая), однако резкой грани между ними нет, так как они нацелены на решение одной проблемы — укрепление здоровья индивидуума.

Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития других сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций [9].

Великий наш соотечественник Абу Али Ибн Сино (980-1037) является одним из основоположников науки о здоровье человека . Выдающийся труд ученого «Канон врачебной науки » пронизан идеями сохранения и укрепления здоровья. В Каноне особо выделен раздел «О сохранении здоровья» где

отмечается влияние окружающей среды, режим питания, образа жизни и других факторов, воздействующих на организм. Мысль о сохранении здоровья была заложена ученым уже в самом определении понятия медицины. «Здоровье, - писал Ибн Сино – это способность или состояние, благодаря которому функции органа, предназначенного для их выполнения, оказываются безупречными » Ученый рассматривал человека в тесной взаимосвязи с окружающей его средой и влиянием факторов внешней среды на здоровье[6].

Здоровый образ жизни - социологическое понятие, характеризующее: а) степень реализации потенциала конкретного общества (индивида, социальной группы) в обеспечении здоровья; б) степень социального благополучия как единства уровня и качества жизни; в) степень эффективности функционирования социальной организации в ее отношении к ценности здоровья[16].

Ограниченность биомедицинских моделей объясняется их преимущественной ориентацией на изучение негативных критериев здоровья и образа жизни; применение методов и процедур, измеряющих характеристики физического пространства, исследование поведения индивидов (социальных групп) вне связи с социальной структурой и ее отдельными элементами - социальной стратификацией, нормами, ценностями и др. Биомедицинские модели оставляют без внимания ряд проблем, связанных с влиянием на здоровье и образ жизни культуры, социальной организации общества, личностного выбора [10].

Здоровый образ жизни — это реализация комплекса действий во всех основных формах жизнедеятельности человека: трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой [8].

В узко биологическом смысле речь идет о физиологических адаптационных возможностях человека к воздействиям внешней среды и изменениям состояний внутренней среды. Авторы, пишущие на эту тему,

включают в ЗОЖ разные составляющие, но большинство из них считают базовыми:

- ✓ привитие здоровых навыков у малыша;
- ✓ воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков;
- ✓ окружающая среда: безопасная и благоприятная для обитания, знания о влиянии окружающих предметов на здоровье;
- ✓ отказ от вредных привычек: курения, употребления наркотиков, употребления алкоголя.
- ✓ питание: умеренное, соответствующее физиологическим особенностям конкретного человека, информированность о качестве употребляемых продуктов;
- ✓ движения: физически активная жизнь, включая специальные физические упражнения с учётом возрастных и физиологических особенностей;
- ✓ гигиена организма: соблюдение правил личной и общественной гигиены, владение навыками первой помощи;
- ✓ закаливание; [27].

На физиологическое состояние человека большое влияние оказывает его психоэмоциональное состояние, которое зависит, в свою очередь, от его ментальных установок. Поэтому некоторые авторы, в частности Г.С. Шаталова также выделяют дополнительно следующие аспекты ЗОЖ:

- ✓ эмоциональное самочувствие: психогигиена, умение справляться с собственными эмоциями;
- ✓ интеллектуальное самочувствие: способность человека узнавать и использовать новую информацию для оптимальных действий в новых обстоятельствах;
- ✓ духовное самочувствие: способность устанавливать действительно значимые, конструктивные жизненные цели и стремиться к ним, оптимизм[56].

Некоторые исследователи выделяют также «социальное самочувствие» — способность взаимодействовать с другими людьми [41].

По мнению М.В. Фирсова и Е.Г. Студёновой в здоровом образе жизни объединяется все, что способствует выполнению индивидуумом тех или иных общественных и бытовых функций в наиболее оптимальных для организма условиях[35].

Здоровый образ жизни формируется всеми сторонами и проявлениями общества, связан с личностно-мотивационным воплощением индивидом своих социальных, психологических и физиологических возможностей и способностей. От того, как формируются навыки здорового образа жизни в юности, во многом зависит, насколько раскроется потенциал личности в будущем. Этим определяется деятельность медицинского работника и социального педагога в воспитании культуры здоровья, которая строится с учетом возрастных и индивидуальных особенностей детей и взрослых [49].

ЗОЖ – это гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, активацию защитных сил организма, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия [57].

Под медицинской активностью понимают деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья.

Медико-социальная активность включает наличие гигиенических навыков, выполнение медицинских рекомендаций, участие в оздоровлении образа жизни и окружающей среды, умение оказывать первую доврачебную помощь себе и родственникам, использовать средства народной, традиционной медицины и др.[60].

Повышение уровня медико-социальной активности и грамотности населения – важнейшая задача не только участкового врача-терапевта и медицинской сестры, но и социального работника. Важной составной

частью медико-социальной активности является личная установка на здоровый образ жизни[61].

1.3 Нормативно-правовая база социально-медицинской работы с населением по пропаганде ЗОЖ

В условиях правового государства реализация государственной политики в области здравоохранения возможна лишь посредством разработки и принятия законодательных актов Республики Узбекистан. В середине 90-х годов был создан Кодекс законов об охране здоровья населения, который базируется на следующих принципах:

- защита прав человека в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет профилактических мер в сфере охраны здоровья граждан;
- доступность медико-социальной помощи населению;
- ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности, а также должностных лиц за обеспечение конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья[42,44].

Началом реформ системы здравоохранения Республики Узбекистан явилось принятие Указа Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 года «О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан».

Основными направлениями реформ в здравоохранении стали:

- принципиально новые подходы к построению системы здравоохранения, развитию его инфраструктуры. Основная цель реформ была направлена на создание равных условий получения первичной медицинской помощи, как в городской, так и сельской местности;
- новый концептуальный и практический подход в вопросах материнства и детства, направленный на создание условий для рождения и воспитания здорового поколения. Целью этого направления реформ был не только

краткосрочный эффект, проявляющийся в снижении показателей материнской и детской смертности, но в значительной мере долгосрочный эффект, который положительно скажется на будущих поколениях, и их продолжительности жизни. Это – наиболее верный подход с позиций человеческого развития;

- отказ от старых стереотипов и изменение подходов к системе финансирования здравоохранения, значительное расширение финансовых источников отрасли, в том числе за счет развития платного и частного здравоохранения для того, чтобы не только компенсировать недостаточность бюджетного финансирования, но и повысить качество оказываемых медицинских услуг и требовательность пациентов к медицинским учреждениям и работникам;

- оптимизация системы распределения в финансировании отрасли, в первую очередь, за счет лечения и профилактики вместо неэффективного использования дорогостоящего коечного фонда;

- создание принципиально новой системы экстренной медицинской помощи населению на всех административно-территориальных уровнях;

- совершенствование нормативно-правовой базы здравоохранения.

В результате проводимых реформ создана собственная национальная модель системы здравоохранения, что способствовало существенному повышению уровня медицинского обслуживания людей и улучшению качества жизни населения[63].

Так, продолжительность жизни населения в Узбекистане за период с 1990 по 2007 год увеличилась с 67 до 72,5 лет. Уровень общей смертности уменьшился с 6,4 до 5,4 на 1000 населения. Показатели младенческой смертности снизились с 35,4 (на 1000 живорожденных) в 1991 году до 12,0, материнской смертности с 65,3 (на 100 тыс. живорожденных) до 21,5 в 2008 году[44].

Внесены изменения и дополнения в действующие Законы Республики Узбекистан: «Об охране здоровья граждан», «О государственном санитарном надзоре», «О профилактике заболевания СПИД», «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности», «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией».

Введены в действие Законы «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», «О наркотических средствах и психотропных веществах», «О психиатрической помощи гражданам», «О защите населения от туберкулеза», «О донорстве крови и ее компонентов», «О профилактике йододефицитных заболеваний», «О гарантиях прав ребёнка»[72].

Коренные изменения произошли в первичном звене здравоохранения, особенно в сельской местности. Вместо ранее существовавшей малоэффективной многоступенчатой системы создана принципиально новая система оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, состоящая из сельских врачебных пунктов (СВП) где работают врачи общей практики и территориальных медицинских объединений. До начала реорганизации системы сельского здравоохранения 70% жителям села первая медицинская помощь предоставлялась средними медицинскими работниками. За счёт ввода в строй и оснащения современным медицинским оборудованием 3133 СВП на сегодняшний день всё сельское население (15,8 млн. человек) страны получило доступ к первичной врачебной помощи. По сравнению с 1998 годом увеличилось количество посещений в одном СВП в 2 раза, снизилось количество направлений на консультацию к узким специалистам на 33,5%, госпитализацию в стационар – на 26,8%, что свидетельствует о возросшем доверии и доступности сельского населения к медицинским услугам, предоставляемым СВП[59].

Количество посещений в первичное звено здравоохранения за последние 10 лет увеличилось на 32% (с 183958,4 тыс. в 1997 году до 243220,0 тыс. в

2008 году), в том числе количество посещений на одного жителя увеличилось на 28% (с 7,0 до 9,0). Это свидетельствует об усилении профилактической направленности медицины, являющейся менее затратной по сравнению со стационарным лечением.

Положительный опыт реформирования первичного звена здравоохранения на селе позволил перевести на принципы работы врача общей практики и городские поликлиники в том числе.

В результате последовательной реализации Государственных программ в области укрепления здоровья матери и ребенка, основой, которых являются повышение медицинской культуры семьи, укрепление здоровья женщин и подрастающего поколения, укрепление материально-технической базы детских и родовспомогательных учреждений, в республике достигнута демографическая стабильность, показатели младенческой и материнской смертности за последние 10 лет снизились в 2-2.5 раза.

Реформы в Узбекистане осуществляются как в рамках Государственной программы реформирования системы здравоохранения, так и ежегодно реализуемых целевых социальных программ такие как, Государственные программы развития инфраструктуры села, «Год здорового поколения», «Год матери и ребёнка», «Год здоровья», «Год благотворительности и медицинских работников», «Год молодёжи», «Год развития и благоустройства села».

Одним из важных показателей уровня и качества жизни является продолжительность жизни. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) для жителей Узбекистана самая высокая в Центрально-Азиатском регионе (на 3 - 6 лет выше, чем в других Центрально-Азиатских республиках), что свидетельствует о результатах проводимой работы в Узбекистане.

Между тем, необходимо понять, что лежит в основе благоприятных показателей здоровья ситуации в Узбекистане по сравнению с другими странами. По официальным данным за 2010-2011г., в Узбекистане возрастная

группа 60 и старше лет составляет около двух миллионов человек, свыше 80 лет более 200 тысяч, старше 90 в пределах 35-36 тысяч. Средняя продолжительность жизни по данным 2010 – 11 годов составила – 73 года[43].

Помимо сведений об общей продолжительности жизни, становится все более важным иметь представление о количестве лет, прожитых в состоянии хорошего здоровья. Для этой цели ВОЗ использует относительно новый индикатор – ожидаемую продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ), рассчитываемую на основе ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) за вычетом числа лет, прожитых в состоянии болезни и инвалидности.

Для жителей Узбекистана в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 12,6 лет для женщин и 10,8 лет для мужчин. ОПЗЖ непосредственно связано с бременем болезни, которое рассматривается как совокупность различий между реальным состоянием здоровья определенного населения и идеальной ситуацией, при которой все люди живут максимально долго, не страдая от болезней и инвалидности. В основе этих различий – преждевременная смертность, инвалидность и другие стойкие расстройства здоровья, а также воздействие ряда факторов риска, способствующих возникновению болезней. Суммарным индикатором, сочетающим оценку влияния болезней, инвалидности и смертности на состояние здоровья населения, является показатель DALY - утраченные годы здоровой жизни.

По данным ВОЗ (WHO, 2009), в Узбекистане самая значительная доля бремени болезней среди мужчин и женщин приходится на сердечнососудистые заболевания (18,7% и 21,9% соотв.) и нервно-психические расстройства (16,6% и 18,3% соотв.). Поскольку смертность от нервно-психических расстройств невысока, основная часть обусловленного ими бремени болезней связана с низким уровнем качества повседневной жизнедеятельности больных.

Основные факторы риска в отношении бремени болезней в Узбекистане, при измерении, связаны среди мужчин с употреблением алкоголя и высоким индексом массы тела, среди женщин – с высоким индексом массы тела и повышением артериального давления.

Таким образом, по мере того, как продолжительность жизни растет, позитивные изменения образа жизни пожилых могут способствовать увеличению числа лет, прожитых в здоровье.

Как известно, 7 апреля 1948 года вступил в силу Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Начиная с 1950 года, ежегодно в этот день отмечается Всемирный день здоровья. Согласно устоявшейся практике, ВОЗ посвящает ежегодный Всемирный день здоровья каким-либо темам[54].

В нашей стране вопросы охраны здоровья граждан и укрепления генофонда населения находятся в числе важнейших государственных задач. В республике действует Закон «Об охране здоровья граждан», принятый в 1996 году. Согласно статье 18 «Охрана здоровья семьи», «каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам семьи, по медико-психологическим аспектам брачных и семейных отношений, а также на медико-генетические, другие консультации и обследования в учреждения государственной системы здравоохранения. Каждая семья имеет право на выбор семейного врача»[62].

Проводимая в нашей стране под руководством Президента Ислама Каримова работа по повышению медицинской культуры населения, формированию среди молодежи здорового образа жизни, укреплению репродуктивного здоровья, воспитанию гармонично развитого поколения дает свои весомые результаты.

Постановление Президента Ислама Каримова «О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребенка, формированию здорового поколения» от 13 апреля 2009 года и «О Программе мер по дальнейшему усилению и повышению эффективности проводимой работы по укреплению

репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребенка, формированию физически и духовно развитого поколения на 2009-2013 гг.» от 1 июля 2010 года [73].

1.4 Развитие программы ЗОЖ в Российской Федерации

По данным Всемирной организации здравоохранения, в Российской Федерации лидирующие факторы риска смертности и заболеваемости - высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение и алкоголь. К основным причинам смертности также относится несбалансированное и избыточное питание[13].

В своей деятельности по реализации мероприятий профилактики и пропаганде ЗОЖ медицинские и социальные работники Центров медицинской профилактики руководствуются Конституцией РФ, Законом РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 года N 5487-1, Приказом Министерства здравоохранения РФ № 295 от 6 октября 1997года «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения в области гигиенического обучения и воспитания населения РФ», и другими директивными документами принятыми за последние 10 лет.

В Конституции РФ в статье 41 прописано право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

В «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» в Разделе IV в ст.19 прописано Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье. «Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него

вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эта информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями через средства массовой информации или непосредственно гражданам [2].

В Требованиях формирование здорового образа жизни рассматривается как комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья; пропаганду здорового образа жизни; мотивирование граждан к личной ответственности за своё здоровье и здоровье своих детей; разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, в том числе детям; борьбу с факторами риска развития заболеваний; просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем; предотвращение социально-значимых заболеваний, в том числе среди детского населения; увеличение продолжительности активной жизни[5].

1.5 Основные проблемы внедрения ЗОЖ среди населения

Здоровье человека является важнейшей ценностью жизни и зависит от множества факторов. Ныне преобладает, как отмечено выше мнение, что здоровье народа на 50% определяется образом жизни, на 20% – экологическими; на 20% – биологическими (наследственными) факторами и на 10% – медициной[7].

Следовательно, если человек ведет ЗОЖ, то все это предопределяет на 50% высокий уровень его здоровья. Особую актуальность это приобретает в молодежной среде – потенциально наиболее активной части населения. Как ни банально это звучит, но от того, насколько здорова наша молодёжь, зависит будущее нашей страны. Молодёжь от 16 до 29 лет, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), составляет около 30 %

населения, заболеваемость этой категории за последние 5 лет увеличилась на 26,3 %. Смертность от неинфекционных заболеваний постоянно возрастает во всем мире и достигает сейчас 83 %.

Причиной всех подобных заболеваний является отсутствие личной заинтересованности у молодёжи в здоровом образе жизни, заботе о продолжении своего рода. Молодые готовы воспринимать все новое и непознанное, не задумываясь о последствиях. При этом они еще идеологически неустойчивы, и в их умы легче внедрить как положительный, так и отрицательный образ. Когда нет положительной альтернативы, то идеологический вакуум заполняется наркотиками, курением, алкоголизмом и другими вредными привычками. Это хорошо понимают на Западе. В Америке и Европе в последние годы начался бум борьбы за здоровый образ жизни. Люди считают калории, следят за давлением и весом, занимаются спортом. Быть здоровым стало престижно и модно. К примеру, во многих странах объявлена настоящая война табаку. В Англии разработана большая социальная программа «Курение – убивает»[56].

Любая программа профилактики, в том числе, по формированию здорового образа жизни, не может строиться по принципу запретов, устрашения или отрицания. Тем не менее, во многих публикациях уделяется внимание работе по профилактике алкоголизма, наркомании, но не ведется, или почти не ведётся, популяризация физической активности. А ведь это – важнейшая составная часть здорового образа жизни, а в системе профилактики[41].

Организация здорового образа жизни наших граждан является одной из составляющих национальной безопасности страны, развитие физической культуры и спорта поддерживается на уровне президента Республики Узбекистан[73].

Основная задача при проведении профилактической работы, направленной на формирование здорового образа жизни – ориентировать

население на развитие самостоятельного мышления, на самовоспитание[4]. Также важным при этом является выработка системы нравственных ценностей, идеалов и навыков культуры здорового образа жизни, привитие стойкого иммунитета к негативным влияниям среды, научить подрастающее поколение тому, как оказать сопротивление, как научиться говорить «нет» и как отказаться от нежелательной дружбы[42].

В общем понятии здоровья имеются три неотделимые составляющие: здоровье духовное, физическое и психическое. Духовное здоровье человека зависит от системы его мышления, отношения к людям, событиям, ситуациям, своему положению в обществе. Оно достигается умением жить в согласии с окружающими людьми, способностью анализировать различные ситуации и прогнозировать их развитие, а также вести себя в различных условиях с учетом необходимости, возможности и желания[34].

Физическое здоровье – данными полученными человеком при рождении и закрепленными в результате работы над собственным здоровьем.

Психическое, физическое и духовное здоровье находятся в гармоничном единстве и постоянно взаимно влияют друг на друга[15].

Обязательной составляющей профилактических программ является развитие личностных ресурсов и поведенческих навыков, следовательно, возникает необходимость в участии медиков, педагогов, психологов в подобных программах. Среди разнообразных форм и методов работы выше указанных специалистов наиболее эффективной являются целевые комплексные программы, способствующие семейному воспитанию и здоровому образу жизни[42].

Для борьбы с основными угрозами здоровью и жизни людей, важно изменить поведение женщин, мужчин, подростков, вовлекая их в профилактические программы, регулярно информируя о преимуществах здорового образа жизни, улучшая знания людей о факторах риска и факторах, способствующих здоровью.

Необходимо стремиться убедить людей в том, что внимательное и ответственное отношение к собственному здоровью, соблюдение принципов здорового образа жизни, осведомленность в вопросах профилактики заболеваний позволяют каждому из нас в корне изменить уровень и качество жизни в лучшую сторону[25].

Выводы к главе I

Во многих странах мира растет спрос на сестринский персонал, так как их практика гибко реагирует на демографические, экономические и социальные перемены. В результате этого сестринская деятельность превратилась в ключевой компонент медицинского обслуживания в любых условиях. Сфера деятельности медицинских сестер включает оказание широкого спектра услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи и участие в проведении высокотехнологичных научных исследований.

Медицинская сестра общей практики, выполняющая программу по защите и укреплению здоровья семьи, должна знать и уметь оценить семью как систему, ее культурные и этнические особенности, взаимоотношения ее членов, характер питания в семье, вредные привычки и факторы риска, определить влияние изменений в составе семьи на здоровье.

Медицинская сестра общей практики дает подробную оценку состояния здоровья семьи и рекомендации по коррекции выявленных нарушений, вместе с семьей оценивает результаты проводимых ею, врачом общей практики и семьей профилактических мер. То есть медсестра общей практики проводит первичный скрининг различных аспектов здоровья семьи.

Подводя итог обзора литературы необходимо отметить что, медицинская сестра общей практики - это равноправный участник, наряду с врачом общей практики, всех видов лечебно-профилактической работы на участке. В соответствии с мировыми стандартами медицинская сестра общей практики должна относиться к пациентам как к уникальным личностям; уметь выявлять их проблемы, в том числе внутрисемейные, координировать медицинскую помощь в течение всей жизни пациентов. Хорошая, дружная работа тандема: врач и медсестра общей практики - залог снижения заболеваемости и повышение показателей здоровья семьи.

ГЛАВА II

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Материалы исследования

Материалом исследования послужила профессиональная деятельность среднего медицинского персонала СВП «Ийк Ота», СВП «Борданкуль», в области пропаганды ЗОЖ среди населения. В настоящее время деятельность сестер ориентирована в основном на работу с уже заболевшими людьми; и в стационарных условиях, что не позволяет уделять достаточное внимание вопросам профилактической деятельности медицинских сестер, хотя на всех уровнях подготовки сестринского персонала при деятельности в любом медицинском учреждении, большое значение должно уделяться именно вопросам поддержания здоровья здоровых людей, а также профилактике дальнейшего развития уже имеющихся заболеваний.

Однако такая ориентация при подготовке медицинских сестер общей практики неприемлема: наряду со знанием особенностей сестринской деятельности при различных заболеваниях им необходимы обширные знания и в области семейных отношений, и в области психологии, и в области профилактической медицины. Она должна знать особенности сестринской деятельности в системе первичной медико-санитарной помощи, уметь оказывать паллиативную помощь, помощь семьям, имеющим инвалидов и многое, многое другое. Поэтому основной задачей при подготовке в работе медицинских сестер общей практики является создание условий, обеспечивающих максимальное приближение к реалиям современного общества, современной семьи с их медицинскими и социальными проблемами, обеспечение целостного подхода к деятельности медицинской сестры при работе с семьей, что можно организовать в поликлинических условиях.

Именно такой подход в обучении выполнения прямых обязанностей медицинскими сестрами — широты умений, знаний и взглядов, необходимых

медицинской сестре общей врачебной практики, — предусматривает Государственный образовательный стандарт, выполнение которого можно достигнуть при правильной, с учетом потребностей практической медицины медицинскими сестрами подготовки в колледжах и Вузах, в соответствии с которым и ведется подготовка семейных медицинских сестер. В настоящее время в Узбекистане действует Государственный образовательный стандарт, принятый в 2004 году. Это стандарт второго поколения (первый образовательный стандарт действовал с 1997 по 2003 год), он учитывает изменения, произошедшие в последние годы в обществе и здравоохранении.

Подготовка медицинских сестер общей практики ведется с 1992 года, когда вышел Приказ Министерства Республики Узбекистан № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». За это время накоплен значительный опыт обучения медицинских сестер общего звена по направлению углубленной подготовки «Семейная медицина».

В соответствии с Государственным образовательным стандартом образования учатся медицинские сестры со стажем и только что завершившие обучение на базовом уровне.

К специалистам сестринского дела в структурах семейной медицины относятся:

- медсестра общей практики (среднее образование плюс три года колледжа, 1-ый уровень) работает с врачом общей практики;
- фельдшер (среднее образование плюс четыре года колледжа, 2-ой уровень) работает как помощник врача общей практики в структурах сельской медицины и в отдельных офисах - самостоятельно;
- академическая сестра (высшее образование, 3-ий уровень) работает менеджером отделения врачей общей практики, главной или старшей медсестрой.

В семейной медицине, большая роль принадлежит медицинской сестре,

которая, ориентируется на личность, семью, общество в целом, основополагается на концепции здоровья населения в данной стране и важнейших социально-гигиенических проблемах.

Подготовка и переподготовка медицинской сестры общей практики должна включать углубленное знание предметов сестринского дела по горизонтали (терапия, хирургия, акушерство и гинекология и др.) и межпредметное сотрудничество по вертикали (педагогика, психология и др.). Краеугольным принципом многих дисциплин должен быть сестринский процесс как научно обоснованный метод решения медицинской сестрой проблем пациента.

При переходе к организации первичной медико-санитарной помощи населению (ПМСПН) по семейному принципу резко возрастает роль и нагрузка медсестры общей практики, повышается ее ответственность по отношению к пациенту и одновременно повышается ответственность пациента за свое здоровье.

Процесс перехода к семейной медицине требует пересмотра принципов медицинского образования и подходов к нему. В отличие от сложившейся системы подготовки медицинских кадров с приоритетом на изучение клинических дисциплин. Медицинское образование на современном этапе обязательно должно включать в себе не только индивидуально-лечебную, но и медико-социальную профилактику, изучение проблем семьи.

Становление института врачей общей практики (семейных врачей) предполагает расширение функции среднего медицинского персонала, подготовку медицинских сестер и менеджеров сестринского дела.

Семейная сестра - равноправный участник во всех видах лечебно-профилактической работы на участке наряду с семейным врачом.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 26.08.92 №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей

практики (семейного врача)», круг проблем, которая должна решать медсестра общей практики, гораздо шире, чем у участковой медсестры.

В задачи медицинской сестры общей практики входят:

- ✓ проводить санитарно-просветительскую работу по укреплению здоровья населения;
- ✓ анализировать сложившуюся ситуацию и принимать решения в пределах профессиональной компетенции и полномочий;
- ✓ владеть коммуникативными навыками общения;
- ✓ осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при проведении ухода за пациентами;
- ✓ выполнять диагностические, лечебные реанимационные, реабилитационные, профилактические, лечебно-оздоровительные, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительные мероприятия в соответствии с профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями;
- ✓ осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса;
- ✓ оказывать доврачебную помощь при лекарственных отравлениях или других побочных явлениях от введения лекарственных средств;
- ✓ готовить пациента к лабораторным, функциональным и инструментально-диагностическим методам исследования;
- ✓ участвовать при определении группы крови, и при проведении пробы на совместимость;
- ✓ выполнять основные виды физиотерапевтических процедур, проводить занятия по лечебной гимнастике, владеть приёмами массажа;
- ✓ контролировать соблюдение пациентом диеты предписанной врачом;
- ✓ соблюдать фармацевтический порядок получения, хранения и использования лекарственных средств;
- ✓ соблюдать правила техники безопасности и охраны труда;

- ✓ вести медицинскую документацию в пределах компетенции медсестры;
- ✓ выполнять санитарно-эпидемиологического режима в ЛПУ;
- ✓ соблюдать правила асептики и антисептики.

Медицинская сестра общей практики, выполняющая программу по защите и укреплению здоровья семьи, должна знать и уметь оценить семью как систему, ее культурные и этнические особенности, взаимоотношения ее членов, характер питания в семье, вредные привычки и факторы риска, определить влияние изменений в составе семьи на здоровье. Если в семье есть верующие, медицинская сестра должна найти подход к ним с целью положительного влияния на здоровье членов этой семьи, т.е. ее главная задача, внедрения в каждую семью здорового образа жизни. Для изучения деятельности медицинских сестер по внедрению здорового образа жизни в сельской и городской местности, нами была изучена работа 6 поликлиник и СВП города Чирчика и Юкори-Чирчикского района.

2.2 Методы исследования

Среди методов исследования используемых в процессе написания диссертации, акцент был сделан на анкетный метод, а так же был проведен анализ статистических данных учреждений, в которых проводилось анкетирование. Анкетирование проводилось (ПРИЛОЖЕНИЕ № 1) с целью определения знаний и навыков среднего медицинского персонала в области пропаганды ЗОЖ. А так же выявлению основных методик используемых ими в пропаганде ЗОЖ. С какими методами внедрения ЗОЖ знакомы средний медицинский персонал. Какие функции возложены на средний медицинский персонал в области пропаганды ЗОЖ. Далее задавались вопросы, которые раскрывали эффективность работы среднего персонала в области пропаганды ЗОЖ, так как им предлагалось в цифрах дать характеристику населению, прикрепленному к каждому из них. Медицинским сестрам предлагалось ответить, какое количество прикрепленного населения на их участке имеют

хронические заболевания, сколько имеют вредные привычки. У скольких пациентов имеются проблемы с лишним весом, сердечнососудистой системой. Каким образом ведется патронаж с каждой из этих групп и ведется ли он вообще и как часто. С какими трудностями приходится сталкиваться в процессе работы с этими пациентами. Какие инструменты в пропаганде ЗОЖ оказались наиболее эффективны. Как оценивается и кем работа среднего медперсонала в пропаганде ЗОЖ. Что необходимо предпринять для повышения эффективности данной программы.

Для проведения социологического опроса среди пациентов ПМСП и СВП применялся вопросник (см. ПРИЛОЖЕНИЕ № 2), который состоял из 17 вопросов.

Выводы к ГЛАВЕ II

В процессе исследования использовались статистические данные 4 ПМСП г. Чирчика и 2 СВП Юкори-Чирчикского района, а так же математические и аналитические методы исследования в процессе обработки полученных данных. Для анализа деятельности среднего медицинского персонала поликлинической службы в области организации работы по внедрению здорового образа жизни среди населения г.Чирчика и Юкори-Чирчикского района, применялся метод анкетирования для среднего медицинского персонала 4 ПМСП и 2 СВП. Анкетирование проводилось с целью определения знаний и навыков среднего медицинского персонала в области пропаганды ЗОЖ, а так же выявлению основных методик используемых ими в пропаганде ЗОЖ. С какими методами внедрения ЗОЖ знакомы средний медицинский персонал. Какие функции возложены на средний медицинский персонал в области пропаганды ЗОЖ. Далее задавались вопросы, которые раскрывали эффективность работы среднего персонала в области пропаганды ЗОЖ, так как им предлагалось в цифрах дать характеристику населению, прикрепленному к каждому из них. Медицинским сестрам предлагалось ответить, какое количество прикрепленного населения на их участке имеют хронические заболевания, сколько имеют вредные привычки. У скольких пациентов имеются проблемы с лишним весом, сердечнососудистой системой. Каким образом ведется патронаж с каждой из этих групп и ведется ли он вообще и как часто. С какими трудностями приходится сталкиваться в процессе работы с этими пациентами. Какие инструменты в пропаганде ЗОЖ оказались наиболее эффективны. Что необходимо предпринять для повышения эффективности данной программы.

Так же проводился социологический опрос пациентов 4 поликлиник города Чирчика и 2 СВП Юкори-Чирчикского района для определения эффективности методов в пропаганде ЗОЖ.

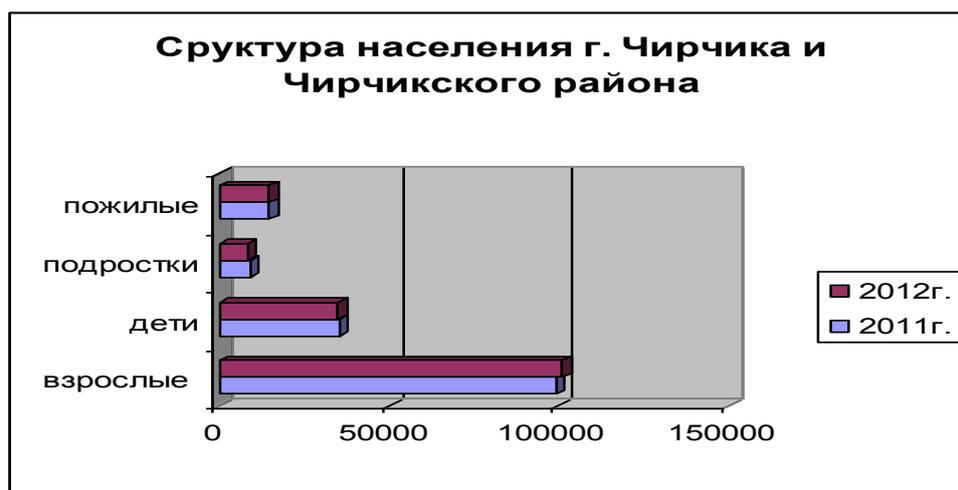
ГЛАВА III РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1 Состояние здоровья населения г.Чирчика и Юкори- Чирчикского района

Нами изучены статистические данные по состоянию здоровья населения г.Чирчика и Юкори-Чирчикского района за 2011-2012 годы. Изучены демографические показатели, заболеваемость. При анализе демографических показателей установлено, что общее количество населения на 2011 год составило 144047, за 2012 год количество населения увеличилось до 145108 человек.

Диаграмма 3.1.

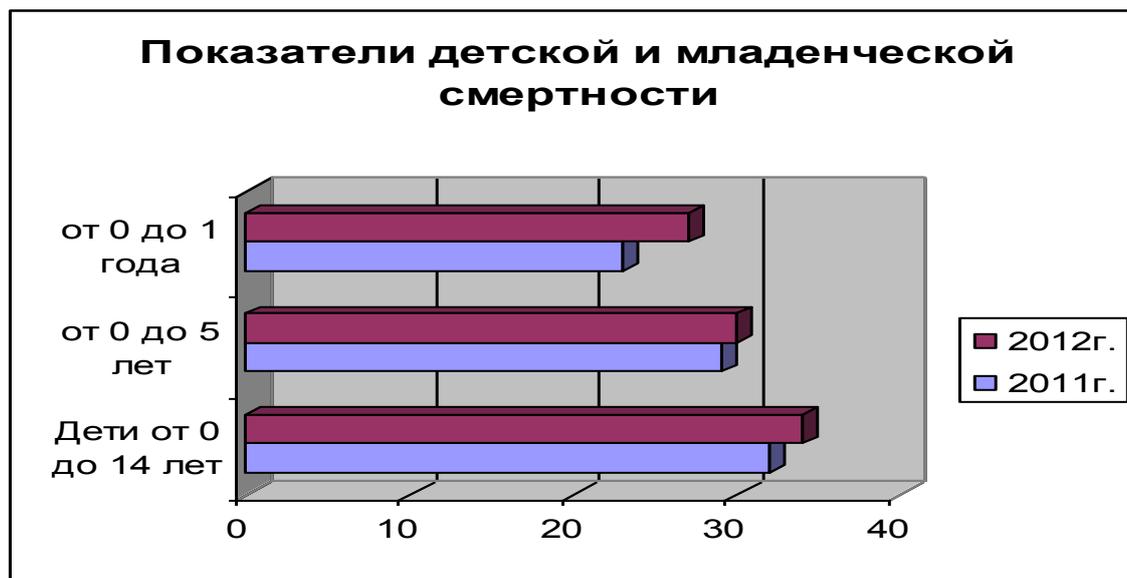
Демографические показатели за 2011-2012 год



Среди общего количества населения больший процент составляют взрослые, количество взрослого населения по сравнению с 2011 годом в 2012 году увеличилось на 1716 человек. Во всех возрастных группах кроме подростков в 2012 году наблюдается прирост населения. Подростков в 2012 году на 425 меньше чем в 2011 г.

При анализе демографических показателей установлено, что рождаемость по сравнению с 2011 годом (2246) снизилась, в 2012 г. составила 2225.

Показатели детской смертности за 2011-2012 год



Общий показатель смертности среди населения так же снизился с 1143 в 2011 году до 1106 в 2012 году, но как видно из диаграммы 2 показатели детской смертности повысились во всех возрастных группах.

Общая заболеваемость в амбулаторно-поликлинической службе составила 508716 в 2011 году и 463802 в 2012 году, в том числе первичная в 2011 году составила 51061, в 2012 году 50769 человек.

Известно еще с древних времен, что здоровье населения, прежде всего, зависит от своевременной профилактики болезней. Одним из главных методов профилактики болезней является соблюдение здорового образа жизни. Для определения влияния на здоровье населения деятельности медицинских сестер нами изучена постановка работы этой категории медицинских работников направленную на предупреждение болезней путем опроса самих медсестер, а так же мнение по этому вопросу пациентов.

3.2 Результаты исследования проведенного среди пациентов

ПМСП и СВП

В первом социологическом опросе объектом нашего исследования стали пациенты службы ПМСП и СВП города Чирчика и Юкори-Чирчикского района, которые посещали медицинское учреждение по тем или иным причинам. Для них была разработана анкета, которая включила в себя 18 вопросов (см. Приложение № 2).

Первое СВП «Ийк-Ота» располагающееся по адресу: Ташкентская область, Юкори-Чирчикский район, улица Узбекистанская. Количество прикрепленного населения 8600 человек. Согласно штатному расписанию в СВП работают 2 врача и 8 медицинских сестер. Главный врач Бахранова Муккарам. Старшая медсестра – Халикова Дильбар.

Второе СВП «Борданкуль» располагающееся по адресу: Ташкентская область, Юкори-Чирчикский район, улица Чарагон. Количество прикрепленного населения 5950 человек. Согласно штатному расписанию в СВП работают 1 врач и 8 медицинских сестер. Главный врач Наниева Вера Константиновна. Старшая медсестра – Киримбаева А.Б.

Третья Поликлиника № 1 является филиалом Центральной Городской Многопрофильной поликлиникой г. Чирчика. Поликлиника расположена в типовом 3-х этажном здании, построенном в 1978 году, водоснабжение, отопление, канализация, централизованное. Мощность - 610 в день. Располагается АО адресу: г. Чирчик улица Ахунбабаева – 20. В поликлинике работают 144 сотрудников из них: Врачи – 31 человек, имеют высшую категорию 12 чел. 1- категория – 7. Средний медицинский персонал 97 человек имеют высшую категорию- 43 чел, 1 категория -13чел. Укомплектованность средним медицинским персоналом - 100 %.

Четвертая Поликлиника №2 находится в типовом здании обслуживает 37316 населения. Из них взрослое население: 27195, Дети от 0-14 лет-10121. Подростки -1999, Женщины -14407. Мужчины-12788, ЖФВ-9346.

Поликлиника обслуживает населения территориально (8-м-н, 9м-н, 10 м-н, Кв Конструкторов, Воен городок и частный сектор 2-Азотчик и Хим Посёлок). Располагается по адресу: Ташкентская область г. Чирчик 8-микрорайон.

Пятая Поликлиника №3 построена в 1963 году. В 1986 году реконструировано и передана на пользование Горздрава. Поликлиника работает в 2 смены с 8:00 до 17:00, оказывает медицинскую помощь населению, обслуживает 25800 ч. населения. Располагается по адресу: ул. Трансформаторчилар №7. Заведующая поликлиника №3: Юнисова Салиха Иброгимована- врач терапевт высшей категории. В поликлинике работают 16 врачей из них: 6 врачей имеют высшую категорию, 5 врачей имеют I категорию. Средний медицинский персонал – 45 человек, 18 мед. сестёр – высшая категория, 3 мед. сестры – I категория, 1 мед. сестра – II категория. Укомплектованность участковыми врачами 80 %. Укомплектованность средним медицинским персоналом 100 %.

Шестая Чирчикская городская многопрофильная поликлиника, располагается по адресу: ул. В.Хайдарова д.18. Мощность ЦГМП 700 посещений в смену. Главный врач ЦГМП: Сраджева Дильнара Ташпулатовна, врач-невропатолог высшей категории. Амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают 190 сотрудников. Из них 154 мед. персонал. В том числе 54 врачей. При опросе основной упор делался на эффективность применения всех средств в деятельности по формированию здорового образа жизни и роли в этом медицинских сестер.

В качестве основного метода исследования было также проведено анкетирование среди пациентов, посещавших СВП по тем или иным причинам (профилактический осмотр, беседы и разъяснения внедрения здорового образа жизни, консультация специалиста, получение больничного листа и т.д.) в период с 10 апреля по 10 августа 2012 года. Исследование было выборочным. Объем выборки составил 215 человек.

Репрезентативность выборки обеспечивалась с помощью механического отбора. Специально разработанная анкета включила в себя 10 вопросов, влияющих на формирование здорового образа жизни, вопросы, посвященные изучению источников и характера информации о здоровом образе жизни.

Среди общего количества респондентов 58,8 % составили женщины, 41,2% мужчины;

Среди опрошенных преобладали лица в возрасте от 40 до 59 лет (в общем они составили 65,7 %), в возрасте от 60 до 69 лет было 15,3 % респондентов, от 70 и более лет – 11, 2 %. Незначительный удельный вес составили возрастные группы от 18 до 29 лет и от 30 до 39 лет - 1,7 и 6,1 % соответственно. Таким образом, основной возраст пациентов колеблется от 40 до 69 лет;

- При оценке социального положения респондентов выявлено, что наибольший удельный вес имели пенсионеры (33,8 %) и служащие (35,2%). Почти одинаковы были доли предпринимателей (8,3%) и безработных (8,8 %). Рабочие составили 12,1 %, домохозяйки – 1,2%, студенты – 0,6 %;

- Что касается образования респондентов, то распределились следующим образом: начальное – 1,2 %, среднее – 41%, высшее – 39,8 %;

- всего 3,2 % респондентов отнесли себя к высокообеспеченным слоям населения, к среднеобеспеченным – 57,2 %, малообеспеченным – 39,6%.

В начале социологического опроса пациентам было предложено указать основные источники информации о здоровом образе жизни. Материалы исследования показали, что основными источниками о здоровом образе жизни являются телевизионные передачи (68,7 %). Анализ проведенного социологического опроса выявил, что газеты и журналы являются источником информации о здоровом образе жизни у 43 % опрошенных.

34 % респондента обращаются за информацией о здоровом образе жизни к интернету, аргументируя это удобством получения информации на рабочем месте. Рекламу как источник информации о здоровом образе жизни указали 11 % пациентов. Количество социальной рекламы в последнее время возросло. Непопулярными источниками информации о здоровом образе жизни оказались радиопередачи (2,5 %) и медицинские работники (5%). Таким образом, на сегодняшний день роль медицинских работников в формировании здорового образа жизни населения достаточно низка.

На вопрос анкеты, «Какая информация о здоровом образе жизни вас интересует больше всего?» большинство респондентов (43,4%) выбрали ответ «борьба со стрессами». Не менее актуальна информация о рациональном питании – получить сведения по этому вопросу хотят 31,5 % респондентов. Информация о физической активности интересует 16,6 % респондентов. Получить информацию о борьбе с вредными привычками хотят 6,2 %. О влиянии грамотного приема медикаментов хотели бы знать 2,3 % респондентов.

Большая часть опрошенных (98,3 %) обращают внимание на информационно-наглядные средства, расположенные в медицинских учреждениях (плакаты, стенгазеты, уголки здоровья, информационные стенды). Таким образом, эффективность этих недорогих средств достаточно высока.

Основная часть пациентов (97,5 %) считают необходимым получить специально разработанные буклеты «Кодексы здоровья и долголетия» с рекомендациями по здоровому образу жизни.

Одним из направлений работы профилактики по формированию здорового образа жизни является проведение обучающей программы в школах здоровья. Считаю необходимым проведение таких программ 64,9% пациентов.

Необходимость создания как можно большего количества сайтов в интернете признают 73,6 % респондентов, что объясняется желанием получить информацию в короткие сроки.

По мнению пациентов, для того, чтобы люди вели здоровый образ жизни необходимо: популяризировать здоровый образ жизни в СМИ (2,5%), государственных программ (21,6 %), усилия каждого человека (10,3%). Большинство опрошенных (61,8 %) выбрали все три вышеперечисленных варианта ответов. Собственные варианты ответов пациентов составили 3,8%. Предлагались следующие варианты: больше строить спортивных площадок, предоставление льгот редко болеющим сотрудникам, пропаганда должна вестись медицинскими работниками, совершенствование оказания помощи медицинскими учреждениями.

На следующем этапе анкетирования выявлялось отношение респондентов к факторам риска, оказывающим влияние на их здоровье. Эта информация необходима при разработке информационных сообщений и обучающих программ по формированию здорового образа жизни.

При проведении исследования было установлено, что оценка качества жизни респондентов связана с уровнем материального благополучия. Качество жизни по определению ВОЗ — это индивидуальное восприятие людьми собственного положения в жизни в контексте культурных и других ценностных ориентаций общества. Это определение отражает взгляд на качество жизни как на субъективную оценку конкретных социальных условий и культурного окружения и включает личную оценку физического здоровья, психологического состояния, социальных связей и условий жизни. Распределение мнений людей, относящихся по своему имущественному положению к разным слоям современного общества, в отношении оценки качества своей жизни обнаруживают безусловную связь этих характеристик (таблица 1).

Материальное положение и оценка качества жизни респондентов

Качество жизни	Материальное положение		
	Малообеспеченные	Среднеобеспеченные	Высокообеспеченные
Плохое	19,3	2,7	2,6
Удовлетворительное	75,4	70,8	29,0
Хорошее	5,5	26,5	68,4
Всего	100%	100%	100%

Известно, что одним из факторов, негативно влияющих на формирование здорового образа жизни является курение. Изучение распространенности вредной привычки среди респондентов показало, что курят более половины (53,5%) мужчин и 11% женщин.

Распределение курящих по возрастным группам представлено в таблице 2, из которой следует, что наибольший удельный вес среди курящих приходится на возрастные группы 18-29 лет (47,4%), 30-39 лет (48,6%) и 41-50 лет (41,9%).

С возрастом число курящих уменьшается: в 50-59 лет курят 19,9%, в 60 – 69 лет – 17,5% и старше 70 лет – 4,4% респондентов. Таким образом, в старших возрастных группах болезни, являющиеся следствием курения, заставляют многих людей пересмотреть свое отношение к вредной привычке.

Распределение курящих и некурящих респондентов по возрастным группам.

Возраст, годы	Курящие пациенты	Некурящие пациенты	Всего
18-29 лет	47,4	52,6	100%
30-39 лет	48,6	51,4	100%
40-49 лет	41,9	58,1	100%
50-59 лет	19,9	80,1	100%
60-69 лет	17,5	82,5	100%
70 и более лет	4,4	95,6	100%

Среди курящих пациентов только 46 % мужчин и 78 % женщин считают, что курение вредит их здоровью.

На вопрос «Как вы относитесь к занятиям физкультурой?» ответы распределились следующим образом: «это жизненно необходимо» - 41,7%; «можно заниматься время от времени» - 56 %; «это ничего не дает, здоровье зависит от природы» - 2,3 %. Таким образом, основная часть пациентов признает положительное влияние физкультуры на здоровье.

Известно, что на здоровье в значительной степени влияет психологический микроклимат в семье. В связи с этим изучена психологическая характеристика семьи. На вопрос, «Какие у Вас

взаимоотношения в семье?» были получены следующие ответы: «дружные» - 81,5 %, «напряженные» - 12,0 %, «конфликтные» - 6,5 %.

Важным фактором развития заболеваний являются стрессы. Как было выявлено ранее, 43,3 % респондентов хотели бы знать основные приемы снятия стресса.

В результате исследования было установлено, что чаще используются следующие способы снятия нервного напряжения: общение с друзьями, близкими - 24,8 %; двигательная активность – 20,3%; хороший сон, отдых – 18,5; водные процедуры, душ, обливание – 15,4 %. Курят или употребляют алкоголь для снятия стресса - 13, 2 % респондентов. Снимают стресс с помощью употребления еды – 7,8 % пациентов.

Рациональное питание - одно из основных условий здорового образа жизни. По данным социологического исследования изучено мнение респондентов по вопросам соблюдения режима и качества питания. Как следует из таблицы 3, чаще нерегулярно питаются студенты (29,8 %), рабочие (22,7 %) и пенсионеры (18,3 %). Рациональным можно считать только такое питание, при котором все составные части продуктов находятся в сочетании и соответствуют потребностям человека в зависимости от его возраста, физиологического состояния и профессии. Однако каждый четвертый студент (22,4 %) и рабочий (21,1 %) и каждый пятый служащий (18,8 %) и пенсионер (18,1%) питаются однообразно.

Таблица 3.3.

Распределение респондентов по соблюдению режима и качества питания**(в %)**

Группа респондентов	Режим питания		Качество питания	
	регулярный (3 - 4 раза в день)	нерегулярный (1 - 2 раза в день)	разнообразное	однообразное
Рабочие	14,3	22,7	10,2	21,1
Служащие	16,2	7,9	22,3	18,8
Предприниматели	23,4	9,8	25,3	4,2
Пенсионеры	8,3	18,3	11,8	18,1
Безработные	10,4	5,7	5,6	11,6
Домохозяйки	18,6	5,8	15,6	3,8
Студенты	8,8	29,8	9,2	22,4
Всего	100%	100%	100%	100%

Для формирования здорового образа жизни важна медицинская активность населения. Регулярно проходят диспансеризацию 72,1 % женщин и 49,9 % мужчин. Это объясняется психологическими различиями в женской и мужской моделях поведения в отношении своего здоровья. Женскую модель отличают большая гибкость, прагматичность в отношении своего здоровья, как на уровне установок, стереотипов, так и на уровне действия в реальных ситуациях. Мужская модель в большей степени подвержена действию установок и стереотипов, формирующих своего рода кодекс норм, предписывающих не заботиться о своем здоровье.

**Распределение респондентов по полу и частоте прохождения
профилактического осмотра (в %)**

Частота прохождения профилактического осмотра	Распределение респондентов по полу	
	Мужчины	Женщины
Регулярно, 1 раз в год	49,9	72,1
Нерегулярно, по случаю	50,1	27,9
Всего	100	100

Изучение медицинской активности населения как одной из сторон образа жизни позволяет не только выяснить отношение к личному здоровью, но и косвенно оценить уровень и качество организации лечебно-профилактической помощи населению.

**3.3 Результаты исследования проведенного среди среднего
медицинского персонала СВП**

Во втором социологическом опросе объектом нашего исследования стала деятельность среднего медицинского персонала двух СВП Юкори-Чирчикского района, и четырех ПМСП г.Чирчика в области пропаганды и внедрения в жизнь понятия ЗОЖ. Для них была разработана анкета, которая включила в себя 17 вопросов (см. ПРИЛОЖЕНИЕ № 1). В ходе анкетирования приняли участие 148 медицинских сестер.

Первое СВП «Ийк-Ота» располагающееся по адресу: Ташкентская область, Юкори-Чирчикский район, улица Узбекистанская. Количество прикрепленного населения 8600 человек. Согласно штатному расписанию в

СВП работают 2 врача и 8 медицинских сестер. Главный врач Бахранова Муққарам. Старшая медсестра – Халикова Дильбар.

Второе СВП «Борданкуль» располагающееся по адресу: Ташкентская область, Юкори-Чирчикский район, улица Чарагон. Количество прикрепленного населения 5950 человек. Согласно штатному расписанию в СВП работают 1 врач и 8 медицинских сестер. Главный врач Наниева Вера Константиновна. Старшая медсестра – Киримбаева А.Б. Цель проведения данного опроса среди медицинских сестер – это изучить роль среднего медицинского персонала и эффективность его деятельности по формированию здорового образа жизни.

Третья Поликлиника № 1 является филиалом Центральной Городской Многопрофильной поликлиникой г.Чирчика . Поликлиника расположена в типовом 3-х этажном здании, построенном в 1978 году, водоснабжение, отопление, канализация, централизованное. Мощность - 610 в день. Располагается АО адресу: г. Чирчик улица Ахунбабаева – 20. В поликлинике работают 144 сотрудников из них: Врачи – 31 человек, имеют высшую категорию 12 чел. 1- категория – 7. Средний медицинский персонал 97 человек имеют высшую категорию- 43 чел, I кат.-13чел. Укомплектованность средним медицинским персоналом - 100 %.

Четвертая Поликлиника №2 находится в типовом здании обслуживает 37316 населения. Из них взрослое население: 27195, Дети от 0-14 лет-10121. Подростки -1999, Женщины -14407. Мужчины-12788, ЖФВ-9346. Поликлиника обслуживает населения территориально (8-м-н, 9м-н, 10 м-н, Кв Конструкторов, Воен городок и частный сектор 2-Азотчик и Хим Посёлок). Располагается по адресу: Ташкентская область г. Чирчик 8-микрорайон.

Пятая Поликлиника №3 построена в 1963 году. В 1986 году реконструировано и передана на пользование Горздрава. Поликлиника работает в 2 смены с 800 до 1700, оказывает медицинскую помощь

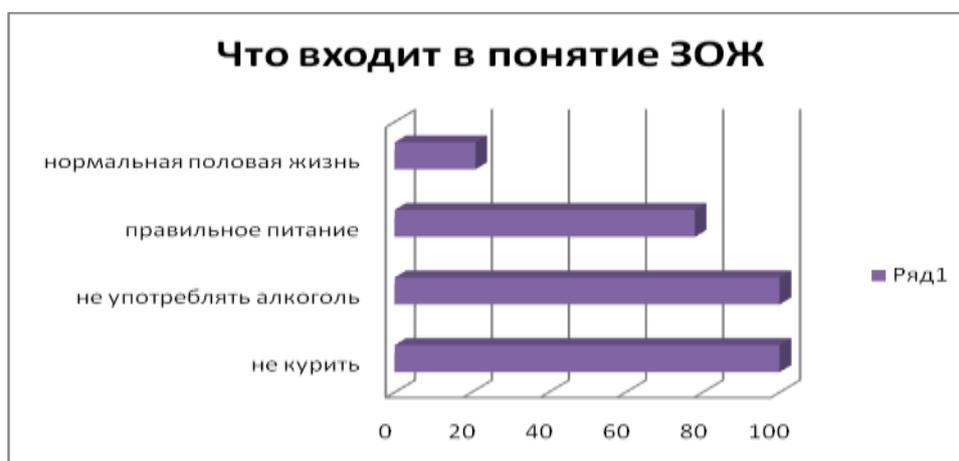
населению, обслуживает 25800 ч. населения. Располагается по адресу: ул. Трансформаторчилар №7. Заведующая поликлиника №3: Юнисова Салиха Иброгимована- врач терапевт высшей категории. В поликлинике работают 16 врачей из них: 6 врачей имеют высшую категорию, 5 врачей имеют I категорию. Средний медицинский персонал – 45 человек, 18 мед. сестёр – высшая категория, 3 мед. сестры – I категория, 1 мед. сестра – II категория. Укомплектованность участковыми врачами 80 %. Укомплектованность средним медицинским персоналом 100 %.

Шестая Чирчикская городская многопрофильная поликлиника, располагается по адресу: ул. В.Хайдарова д.18. Мощность ЦГМП 700 посещений в смену. Главный врач ЦГМП: Сраджева Дильнара Ташпулатовна, врач-невропатолог высшей категории. Амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают 190 сотрудников. Из них 154 мед. персонал. В том числе 54 врачей. При опросе основной упор делался на эффективность применения всех средств в деятельности по формированию здорового образа жизни и роли в этом медицинских сестер.

Мнение медсестер о том, что входит в понятие ЗОЖ, были получены следующие ответы.

Диаграмма 3.3.

Понятие о ЗОЖ



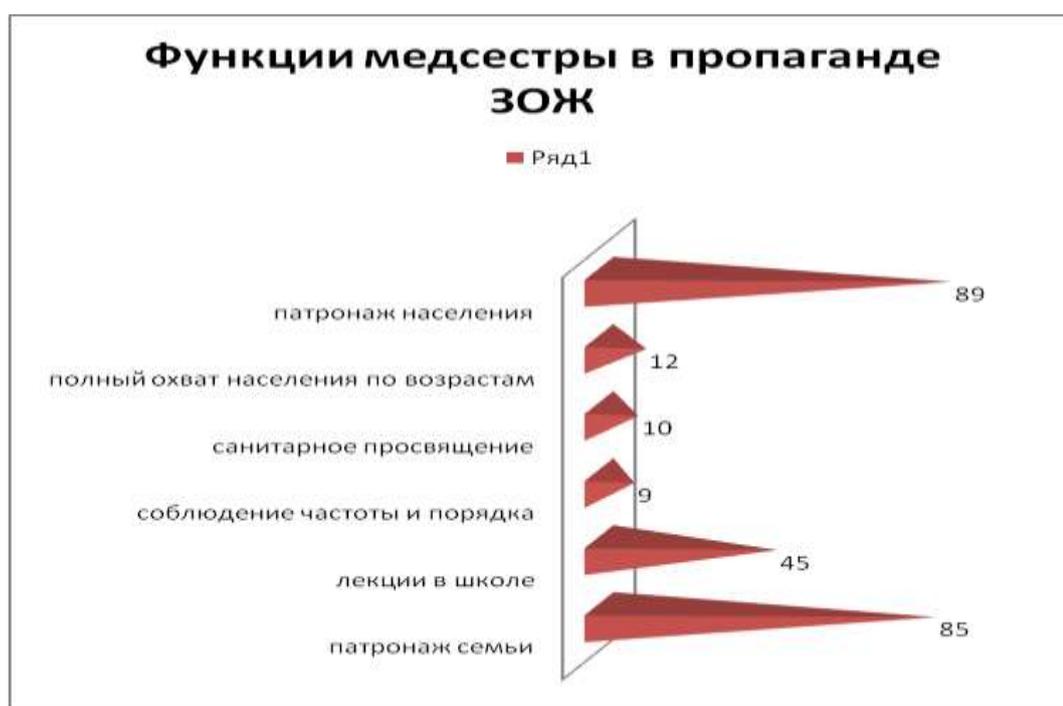
Во всех ответах было отмечено отсутствие таких вредных привычек как курение 100%, алкоголь 100%, правильное питание 78% и нормальная половая жизнь указали 21% опрошенных;

100% всех опрошенных медсестер указали, что знакомы с принципом работы программы по внедрению ЗОЖ. Однако при просьбе перечислить основные из них лишь 45% специалистов отметили такие факторы как гигиена 10%, рациональное питание 17%, антитабачная и антиалкогольная пропаганда по 19%, остальные не ответили на этот вопрос;

На вопрос о том, какие функции возложены на средний медицинский персонал в области пропаганды ЗОЖ среди населения были получены следующие данные:

Диаграмма 3.4.

Функции медперсонала в пропаганде ЗОЖ



Патронаж семьи и населения отметили 85% и 89% соответственно, 45% отметили проведение лекций в школах, 12% отметили полный охват населения по возрастам, пропагандой ЗОЖ 10% отметили санитарное просвещение и 9% отметили важным соблюдение частоты и порядка;

Данные о количестве прикрепленного населения были указаны 100% опрошенных специалистов. Данные же о наличии вредных привычек у пациентов, а так же хронических заболеваний показали, что не все медицинские сестры осуществляют патронаж прикрепленного населения.

Диаграмма 3.5.

Характеристика прикрепленного населения (вредные привычки, хронические заболевания)



Изучение характеристик прикрепленного населения показали, что средний медперсонал не в полном объеме владеет данными о прикрепленном населении, так вредные привычки указали (алкоголизм, наркомания, курение) лишь 25%, 34%, и 30% соответственно, 48% и 52% указали данные о наличии на их участке людей с избыточной массой тела и проблемами сердечнососудистой системы;

Все опрошенные отметили, что ведут патронаж каждой из категорий данных групп, 90% отметили, что осуществляют патронаж 2 раза в год, 11% отметили в месяц 1 раз и 9% отметили, что осуществляют патронаж 1 раз в две недели;

Основными трудностями в процессе работы с населением были указаны

Диаграмма 3.6.

Основные трудности в работе с населением



Самой основной трудностью, с которой сталкивается медперсонал в работе с населением, было отмечено отсутствие членов семьи 80%, на втором месте специалисты отмечали не желание пациентов сотрудничать с медперсоналом 71%.

46% отметили, что проблемой является дефицит специалистов, 38% отметили, что проблема заключается в нежелании понимать правильность ведения здорового образа жизни и 11% отметили наличие злых собак во дворах;

Наиболее эффективными инструментами в пропаганде ЗОЖ были, использование УЗД отметили 68%, ЭКГ 71%, тонометр 48%, весы 10%, ростомер 5%, красочные буклеты о правильном, рациональном питании 23%, видеоролики для школьников 12%;

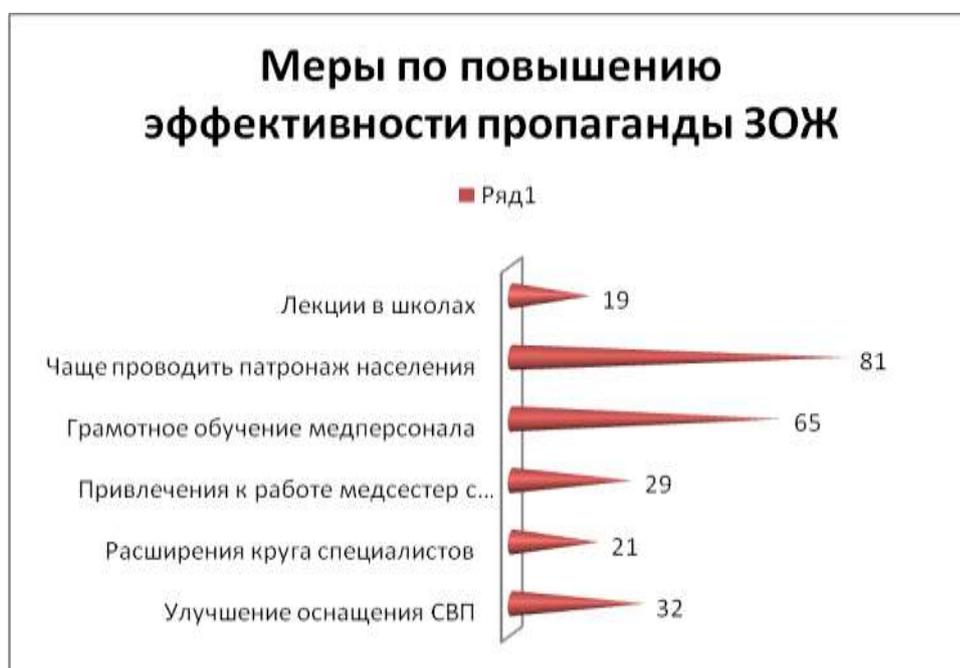
На вопрос о том, по каким критериям оценивают работу медперсонала в области пропаганды ЗОЖ, ни один из опрошенных респондентов 100% не сумели ответить на этот вопрос;

На вопрос о том кем оценивается деятельность среднего медперсонала по пропаганде ЗОЖ, 98% отметили руководителя СВП, 2% отметили, что работу оценивает в конечном итоге райздрав;

На вопрос, что на Ваш взгляд необходимо предпринять для повышения эффективности проведения пропаганды ЗОЖ были получены следующие ответы:

Диаграмма 3.7.

Условия необходимые для повышения эффективности пропаганды и внедрения ЗОЖ



Большая часть опрошенных специалистов 81%, отметили, что необходимо чаще проводить патронаж среди населения, 65% отметили, что

необходимо систематически проводить занятия со средним медперсоналом по ведению пропаганды ЗОЖ, 32% отметили, что необходимо улучшение в оснащении пропагандийской литературой СВП, 29% считают что необходимо привлечение на работу по профилактики ЗОЖ как можно большего количества медицинских сестер с высшим образованием, 21% считают что необходимо расширить круг специалистов знающих и владеющих методами внедрения ЗОЖ в жизнь каждого поколения и 19 считают, что будут эффективно, если систематически эта работа будет проводиться в школах, лицеях и других учебных заведениях;

Из предложений и пожеланий, которые отметили средние медицинские работники необходимо в первую очередь (90%) решать вопрос о материальном стимулировании персонала (повышение зарплаты, надбавок к зарплате и т.д.) так как его отметили 99% опрошенных. Ужесточить меры по контролю над проведением патронажа населения отметили 78%, улучшение условий проведения патронажа среди населения отметили 43%, уменьшить нагрузку среднего медперсонала по документообороту 31%.

Выводы к главе III

Изучение состояния здоровья населения г.Чирчика и Юкори-Чирчикского района показало что общее количество населения на 2011 год составило 144047, за 2012 год количество населения увеличилось до 145108 человек. Среди общего количества населения больший процент составляют взрослые, количество взрослого населения по сравнению с 2011 годом в 2012 году увеличилось на 1716 человек. Во всех возрастных группах кроме подростков в 2012 году наблюдается прирост населения. Подростков в 2012 году на 425 меньше чем в 2011г. При анализе демографических показателей установлено, что рождаемость по сравнению с 2011 годом (2246) снизилась, в 2012 г. составила 2225. Общий показатель смертности среди населения так же снизился с 1143 в 2011 году до 1106 в 2012 году, но как видно из диаграммы № 2 показатели детской смертности повысились во всех возрастных группах.

Общая заболеваемость в амбулаторно-поликлинической службе составила 508716 в 2011 году и 463802 в 2012 году, в том числе первичная в 2011 году составила 51061, в 2012 году 50769 человек.

На основании анализа собранных данных по влиянию деятельности на здоровье населения медицинских сестер, работающих в СВП направленную на профилактику заболеваемости, пропаганду внедрения ЗОЖ в семьях и активного привлечения на борьбу с заболеваниями среди населения видно что они в 100% случаях знакомы с программой и принципом работы по пропаганде ЗОЖ среди населения. Однако при просьбе перечислить основные из них лишь 45% специалистов отметили такие факторы как: гигиена 10%, рациональное питание 17%, антитабачная и антиалкогольная пропаганда по 19%, остальные не ответили на этот вопрос. Данные же о наличии вредных привычек у обслуживаемых пациентов, а так же хронических заболеваний показали, что не все медицинские сестры осуществляют патронаж прикрепленного населения на должном уровне.

Самой основной трудностью, с которой сталкивается медперсонал в работе с населением, 80% было отмечено отсутствие членов семьи на месте во время проведения патронажа на втором месте 71% специалисты отмечали нежелание пациентов сотрудничать с медперсоналом. 46% отметили, что проблемой является дефицит специалистов, 38% отметили, что проблема заключается в нежелании понимать правильность ведения здорового образа жизни.

Среди общего количества опрошенных пациентов 58,8 % составили женщины, 41,2% мужчины, основной возраст пациентов колеблется от 40 до 69 лет. Популярными источниками о здоровом образе жизни являются телевизионные передачи (68,7 %), газеты и журналы являются источником информации о здоровом образе жизни у 43 % опрошенных пациентов, 34 % респондента обращаются за информацией о здоровом образе жизни к интернету, аргументируя это удобством получения информации на рабочем месте. Непопулярными источниками информации о здоровом образе жизни оказались радиопередачи (2,5 %) и медицинские работники (5%). Наиболее интересующей информацией для большинства респондентов (43,4%) оказалась борьба со стрессами, о рациональном питании 31,5 % респондентов. Информация о физической активности интересует 16,6 % респондентов. Получить информацию о борьбе с вредными привычками хотят 6,2 %. О влиянии грамотного приема медикаментов хотели бы знать 2,3% респондентов. Большая часть опрошенных (98,3 %), обращают внимание на информационно-наглядные средства, расположенные в медицинских учреждениях (плакаты, стенгазеты, уголки здоровья, информационные стенды). Таким образом, эффективность этих недорогих средств достаточно высока. Основная часть пациентов (97,5 %) считают необходимым получить специально разработанные буклеты «Кодексы здоровья и долголетия» с рекомендациями по здоровому образу жизни. Одним из направлений работы профилактики по формированию здорового

образа жизни является проведение обучающей программы в школах здоровья. Считают необходимым проведение таких программ 64,9% пациентов. Необходимость создания как можно большего количества сайтов в интернете признают 73,6 % респондентов, что объясняется желанием получить информацию в короткие сроки. По мнению пациентов, для того, чтобы люди вели здоровый образ жизни необходимо: популяризировать здоровый образ жизни в СМИ (2,5%), государственных программ (21,6 %), усилия каждого человека (10,3%). Большинство опрошенных (61,8 %) выбрали все три вышеперечисленных варианта ответов. Собственные варианты ответов пациентов составили 3,8%. Предлагались следующие варианты: больше строить спортивных площадок, предоставление льгот редко болеющим сотрудникам, пропаганда должна вестись медицинскими работниками, совершенствование оказания помощи медицинскими учреждениями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирование здорового образа жизни, таким образом, - это целая система общественных и индивидуальных видов, способов, форм деятельности, активности, направленных на преодоление факторов риска возникновения и развития заболеваний, оптимального использования в интересах охраны и улучшения здоровья социальных, психологических и природных условий и других факторов влияющих на образ жизни. И эта программа должна координировать совместные усилия государственных, общественных организаций, медицинских учреждений, самого населения.

Здоровье – это весьма сложный, системный по своей сущности феномен. Он имеет свою специфику проявления на физическом, психологическом и социальном уровне рассмотрения. Проблема здоровья и здорового образа жизни носит выраженный комплексный характер. На ее изучении сосредоточены усилия многих научных дисциплин. По данным ВОЗ, из всех факторов риска первое место занимает нездоровый образ жизни. Существует множество факторов нарушающих ЗОЖ. Примерно в росте заболеваемости до 20% занимают наследственные факторы, 50% условия жизни и 20% загрязнение окружающей среды и примерно 10% приходится на дефекты, недостатки и другие отрицательные явления в работе органов здравоохранения. Значение образа жизни усиливается еще и тем, что он непосредственно влияет на здоровье, тогда как социальные условия опосредованы. Нами проведено изучение мнения пациентов и средних медицинских работников для выявления причины роста заболеваемости, т.е. увеличение нездоровых по сравнению со здоровыми.

В начале социологического опроса пациентам, было предложено указать основные источники информации о здоровом образе жизни. Материалы исследования показали, что основными источниками о здоровом образе жизни являются телевизионные передачи (68,7 %). газеты и журналы же являются источником информации о здоровом образе жизни у 43 %

опрошенных. 34 % респондента обращаются за информацией о здоровом образе жизни к интернету, аргументируя это удобством получения информации на рабочем месте. Непопулярными источниками информации о здоровом образе жизни оказались радиопередачи (2,5 %) и медицинские работники (5%). Таким образом, на сегодняшний день роль медицинских работников в формировании здорового образа жизни населения достаточно низка, а ведь именно медицинский работник при непосредственном контакте с пациентом зная его состояние, может адресно рекомендовать борьбу за здоровье каждого в отдельности и группы в целом.

На вопрос анкеты, «Какая информация о здоровом образе жизни вас интересует больше всего?» большинство респондентов (43,4%) выбрали ответ «борьба со стрессами». Не менее актуальна информация о рациональном питании – получить сведения по этому вопросу хотят 31,5 % респондентов. Информация о физической активности интересует 16,6 % респондентов. Получить информацию о борьбе с вредными привычками хотят 6,2 %. О грамотном приеме медикаментов хотели бы знать 2,3 % респондентов. Большая часть опрошенных (98,3 %) обращают внимание на информационно-наглядные средства, расположенные в медицинских учреждениях (плакаты, стенгазеты, уголки здоровья, информационные стенды). Таким образом, эффективность этих недорогих средств достаточно высока. Основная часть пациентов (97,5 %) считают необходимым получить специально разработанные буклеты «Кодексы здоровья и долголетия» с рекомендациями по здоровому образу жизни. Одним из направлений работы профилактики по формированию здорового образа жизни является проведение обучающей программы в школах здоровья. Считаю необходимым проведение таких программ 64,9% пациентов.

Необходимость создания как можно большего количества сайтов в интернете признают 73,6 % респондентов, что объясняется желанием

получить информацию в короткие сроки. По мнению пациентов, для того, чтобы люди вели здоровый образ жизни необходимо: популяризировать здоровый образ жизни в СМИ (2,5%), государственных программ (21,6 %), усилия каждого человека (10,3%). Большинство опрошенных (61,8 %) выбрали все три вышеперечисленных варианта ответов. Собственные варианты ответов пациентов составили 3,8%. Предлагались следующие варианты: больше строить спортивных площадок, предоставление льгот редко болеющим сотрудникам, пропаганда должна вестись медицинскими работниками, совершенствование оказания помощи медицинскими учреждениями. Для чего необходимо проводить совместную работу медицинских сестер и работников спорт сооружений, которые использовать по назначению.

При проведении исследования было установлено, что оценка качества жизни респондентов связана с уровнем материального благополучия. Качество жизни по определению ВОЗ — это индивидуальное восприятие людьми собственного положения в жизни в контексте культурных и других ценностных ориентаций общества. Это определение отражает взгляд на качество жизни как на субъективную оценку конкретных социальных условий и культурного окружения и включает личную оценку физического здоровья, психологического состояния, социальных связей и условий жизни. Распределение мнений людей, относящихся по своему имущественному положению к разным слоям современного общества, в отношении оценки качества своей жизни обнаруживают безусловную связь этих характеристик.

Изучение распространенности вредной привычки среди респондентов показало, что курят более половины (53,5%) мужчин и 11% женщин. Распределение курящих по возрастным группам представлено в таблице 2, из которой следует, что наибольший удельный вес среди курящих приходится на возрастные группы 18-29 лет (47,4 %), 30-39 лет (48,6 %) и 41-

50 лет (41,9%). С возрастом число курящих уменьшается: в 50-59 лет курят 19,9 %, в 60 – 69 лет – 17,5 % и старше 70 лет – 4,4 % респондентов. Таким образом, в старших возрастных группах болезни, являющиеся следствием курения, заставляют многих людей пересмотреть свое отношение к вредной привычке. В первичном звене недостаточно проводится борьба с курением, не всегда отмечается всемирный день борьбы с курением.

Важным фактором развития заболеваний являются стрессы. На вопрос, «Какие у Вас взаимоотношения в семье?» были получены следующие ответы: «дружные» - 81,5 %, «напряженные» - 12,0 %, «конфликтные» - 6,5%. Как было выявлено ранее, 43,3 % респондентов хотели бы знать основные приемы снятия стресса. В результате исследования было установлено, что чаще используются следующие способы снятия нервного напряжения: общение с друзьями, близкими - 24,8 %; двигательная активность – 20,3%; хороший сон, отдых – 18,5; водные процедуры, душ, обливание – 15,4 %. В пропаганде этих методов не малая роль должна принадлежать средним медицинским работникам. Некоторые как показал опрос, курят или употребляют алкоголь для снятия стресса - 13, 2 % респондентов. Снимают стресс с помощью употребления еды – 7,8 % пациентов.

Рациональное питание - одно из основных условий здорового образа жизни. По данным социологического исследования изучено мнение пациентов по вопросам соблюдения режима и качества питания. Как следует из таблицы 3, чаще нерегулярно питаются студенты (29,8 %), рабочие (22,7 %) и пенсионеры (18,3 %). Рациональным можно считать только такое питание, при котором все составные части продуктов находятся в сочетании и соответствуют потребностям человека в зависимости от его возраста, физиологического состояния и профессии. Однако каждый четвертый студент (22,4 %) и рабочий (21,1 %) и каждый пятый служащий (18,8 %) и пенсионер (18,1%) питаются однообразно.

Для формирования здорового образа жизни важна медицинская активность населения. Регулярно проходят диспансеризацию 72,1 % женщин и 49,9 % мужчин. Это объясняется психологическими различиями в женской и мужской моделях поведения в отношении своего здоровья. Женскую модель отличают большая гибкость, прагматичность в отношении своего здоровья, как на уровне установок, стереотипов, так и на уровне действия в реальных ситуациях. Мужская модель в большей степени подвержена действию установок и стереотипов, формирующих своего рода кодекс норм, предписывающих не заботиться о своем здоровье. Изучение медицинской активности населения как одной из сторон образа жизни позволяет не только выяснить отношение к личному здоровью, но и к здоровью окружающих.

Анкетирование, проводимое среди медсестер, выявило, что они в 100% случаях знакомы с программой и принципом работы по пропаганде ЗОЖ среди населения. Однако при просьбе перечислить основные из них лишь 45% специалистов отметили такие факторы как: гигиена 10%, рациональное питание 17%, антитабачная и антиалкогольная пропаганда по 19%, остальные не ответили на этот вопрос;

Данные же о наличии вредных привычек у пациентов, а так же хронических заболеваний показали, что не все медицинские сестры осуществляют патронаж прикрепленного населения на должном уровне. Каждой медсестре работающей в ПМСП и СВП закреплено в среднем 694 человека.

Изучение характеристик прикрепленного населения показали, что средний медперсонал не в полном объеме владеет данными о закрепленном за ним населения, так на наличие вредных привычек среди населения своего участка указали (алкоголизм, наркомания, курение) лишь 25%, 34%, и 30% соответственно. О наличии на их участке людей с избыточной массой тела и

проблемами сердечнососудистой системы указали 48% среди мужчин и 52% среди женщин.

100% медицинских сестер отметили, что ведут патронаж согласно имеющимся указаниям среди различных групп населения. 90% отметили, что осуществляют патронаж 2 раза в год, 11% отметили в месяц 1 раз и 9% отметили, что осуществляют патронаж 1 раз в две недели;

Самой основной трудностью, с которой сталкивается медперсонал в работе с населением, 80% было отмечено отсутствие членов семьи на месте во время проведения патронажа на втором месте 71% специалисты отмечали нежелание пациентов сотрудничать с медперсоналом. 46% отметили, что проблемой является дефицит специалистов, 38% отметили, что проблема заключается в нежелании понимать правильность ведения здорового образа жизни;

Наиболее эффективными инструментами в пропаганде и внедрении ЗОЖ были доказательства о состоянии здоровья пациентов, действенной мерой отметили 68% УЗД, 71% ЭКГ, 48% систематическое измерение кровяного давления, 10% взвешивание и др. При этом медсестра должна знакомить с популярной литературой о ЗОЖ, эту работу проводит только 23% опрошенных медсестер.

На вопрос о том, по каким критериям оценивается работа медперсонала в области пропаганды ЗОЖ, ни один из опрошенных респондентов не сумели ответить. На вопрос о том кем оценивается деятельность среднего медперсонала по пропаганде ЗОЖ, 98% отметили руководителем СВП, 2% отметили, что работу оценивает в конечном итоге райздрав по результатам уровня здоровья населения.

Для повышения эффективности Вашей работы по внедрению в семьи ЗОЖ большая часть 81%, отметили, создать условия для проведения патронажа среди населения, 65% отметили, что необходимо с медсестрами проводить занятия по ведению пропаганды ЗОЖ, 32% отметили, что

необходимо улучшение в оснащении СВП средствами для внедрения ЗОЖ, 29% считают, что необходимо привлечение как можно большего количества медицинских сестер с высшим образованием, для пропаганды ЗОЖ 21% считают, что необходимо привлекать как можно большее количество специалистов для этой работы и 19% считают, что для эффективных результатов пропаганду ЗОЖ проводить в детских садах, школах и лицеях. Из предложений и пожеланий улучшения здоровья населения создать соответствующие условия в СВП, обеспечить необходимыми пособиями, 99% опрошенных отметили, что необходимо повысить материальное положение персонала (повышение зарплаты, надбавок к зарплате и т.д.) так как его отметили 99% опрошенных. Ужесточить меры по контролю над проведением патронажа населения отметили 78%, улучшение условий проведения патронажа среди населения отметили 43%, уменьшить нагрузку среднего медперсонала по документообороту 31%.

ВЫВОДЫ

1. В настоящее время на всех уровнях подготовки сестринского персонала большое значение должно придаваться именно вопросам поддержания здоровья здоровых людей, а также профилактике дальнейшего развития уже имеющихся заболеваний.
2. Пациенты поставили медицинский персонал на последнее место (5%). Необходимо пересмотреть критерии оценки деятельности среднего медперсонала в области пропаганды ЗОЖ.
3. После проведенного исследования нами были предложены практические рекомендации по совершенствованию работы среднего медицинского персонала учреждений ПМСП и повышение его роли в пропаганде ЗОЖ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Информационные сообщения и обучающие семинары должны включать следующие тематические разделы: рациональное питание, влияние вредных привычек на здоровье и борьба с ними, польза физкультуры и спорта, способы снятия эмоционального стресса и напряжения.
2. Совершенствовать работу школ здоровья.
3. Необходимо выдавать пациентам специально разработанные буклеты «Кодексы здоровья и долголетия», которые содержат конкретные рекомендации, разработанные для каждой целевой группы населения.
4. Рекомендуется использовать данные информационные средства не только в медицинских учреждениях, но и на предприятиях, работники которых обслуживаются в данном ПМСП или СВП (то есть создание уголков здоровья на рабочих местах).
5. Разработать критерий оценки и проводить мониторинг деятельности по формированию здорового образа жизни систематически для анализа эффективности данных программ.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Тезис «Пропаганда формирования здорового образа жизни среди населения» - Аскарова Р.И., Самадова В.Т., Материалы республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы гигиены, санитарии в Узбекистане», 20 апреля 2012 года, стр. 367-369
2. Тезис «Роль медицинских сестер поликлиник и СВП при внедрении здорового образа жизни среди населения»- Аскарова Р.И., Мамедова Г.Б., Republican conference of young scientists «ON THE WAY TO THE DISCOVERY», 9 апреля, 2013 года, стр. 115
3. Тезис «Роль медицинских сестер поликлиник и СВП при внедрении здорового образа жизни среди населения» - Махмудова Н.М., Аскарова Р.И. Материалы республиканской научно-практической конференции «Проблемы гигиены, санитарии и профессиональной патологии», 26 апреля 2013 года, стр.197-201
4. Статья «Роль медицинской сестры в пропаганде здорового образа жизни среди населения» - Искандарова Ш.Т., Мамедова Г.Б., Аскарова Р.И., Хайдарова Б.А., Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана №1, 2013год, стр. 81-83
5. Статья «Проблемы социальной адаптации детей инвалидов» - Махмудова Н.М., Мамедова Г.Б., Аскарова Р.И., Хайдарова Б.А., Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана №1, 2013год, стр. 54-57

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Работы президента И.А. Каримова

1. Выступление президента И.А. Каримова на международном симпозиуме «Здоровая мать - здоровый ребенок», 2011 г.

Основная литература:

2. Апанасенко Г.Л., Л.А.Попова. Медицинская валеология. – М.: Изд-во «Феникс», 2000. - 244 с.
3. Апанасенко Г.Л. Проблемы управления здоровьем человека. Спец. выпуск, М.: Наука, 1999. – 142с.
4. Апанасенко Г.Л., Науменко Р.Г. Физическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида // Гигиена и санитария. 1985. №6. С. 53–56.
5. Авиценна. Канон врачебной науки. Ташкент, 1978, т. 1; 1979, книга 3, т. 1; 1980, книга 3, т. 2; 1981. книга 1; 1982 книга 2.
6. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. – Киев.: Здоровье, 1998. - 247 с.
7. Апанасенко Г.Л., Попова О.А. Валеология как наука // Валеология. – 1996. - № 6. - С.4-9
8. Бобрицкая В.И. Формирование здорового образа жизни у будущих учителей: монография / В.И. Бобрицкая. - М.: ООО Полиграфический центр «Скайтек», 2006. - 432 с.
9. Баевский Р.М., Берсенева А.П., Максимов А.Л. Валеология, проблема самоконтроля здоровья в экологии человека. - Магадан, 1996.- 53 с.
10. Белов В.И., Михайлович Ф.Ф. Валеология: здоровье, молодость, красота, долголетие. - М., 1999. – 324с.
11. Брехман И.И. Введение в валеологию - науку о здоровье. - Л., Наука, 1987, - 125с.
12. Брехман И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. – 1982 - N 2. - с.48-53.

13. Баранов А.А. Здоровье детей России и Организационные приоритеты. / А.А. Баранов. // Вестник АМН. – 1999. – №. – С. 40-42.
14. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. - М., 2001. – 291с.
15. Вайнер Э.Н. Общая валеология. - Липецк, 1998. – 261с.
16. Вайнер Э.Н. Социальные аспекты здоровья и здорового образа жизни
17. Валеология – 1998. - № 3. – С. 13-14.
18. Валеология человека (сост. В.П.Петленко), С.-Пб.: "Петроградский и Ко", 1996. – 241с.
19. Виноградов П.А., Душанин А.П., Жолдак В.И. Основы физической культуры и здорового образа жизни. Москва., 1996.
20. Виноградов П.А., Физическая культура и здоровый образ жизни. Москва., 1990.
21. Витакер К. Брак и семья. / К. Витакер. // Семейная психология и семейная медицина. – 1998. – №3. – С. 5-29.
22. Витакер К. Полные размышления семейного терапевта. / Пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Класс, 1999. – 208 с.
23. Воронцов И.М. Диетология развития – важнейший компонент профилактической педиатрии и валеологии детства. / И.М. Воронцов. // Педиатрия. – 1997. – №3. – С. 57-61.
24. Vienonen M.A., Wlodarczyk W.C. Health care reforms on the European scene: evolution, revolution or seesaw? World Health Statistics Quarterly. – 1993. – P. 166-169.
25. Визитей Н.Н., Образ жизни. Спорт. Личность. Кишинев.,1990
26. Воложин А.И., Субботин Ю.К., Чикин С.Я. Путь к здоровью. Москва.,1987.
27. Гендин А.М. Условия и факторы формирования здорового образа жизни учащейся молодёжи в современных условиях / А.М.Гендин, М.И.Сергеев, В.И.Усаков и др. - Красноярск: РИО КГПУ, 2004. – 228 с.

28. Гаджиев Р.С. Врачи общей практике (семейный врач). / Р.С. Гаджиев. – М.: Медицина, 2005. – С. 527.
29. Галкин В.А. Семейная медицина теория и практика. / В.А. Галкин, Г.Г. Кривошеев, Б.А. Камаканов. // НПО Союзмединформ Медицина Здравоохранения: Обзор, серия. – М., 1991. – С. 61, 75-80.
30. Галина Т. О ходе выполнения отраслевой программы «Общая врачебная практика». / Т. Галина. // Вопросы экономики и управления для руководителей З.О. – 2002. – №2. – С. 65-67.
31. Groenewegen P.P. The shadow of the future: institutional change in health care. Health Affairs. –1994. – P. 137-148.
32. Давидович В.Е., Чекалов А.Е. Здоровье как философская категория // Валеология - 1997, № 1- С. 42-44
33. Дементьева Н. Ф. Медицина и социальная работа (методологический аспект). - М., 1998.- 67с.
34. Дорофеев В.М. Окружающая среда и здоровье // Образование и общество. 2002. - № 21 - С. 54–64.
35. Двойников С.И. Медицинская сестра общей практике: проблемы и перспективы. / С.И. Двойников, В.И. Кузнецов. // Медицинская сестра. – 2002. – №5. – С. 39-41.
36. Жолдак В.И., Калинин Л.А. Валеология: становление, развитие, проблемы перспективы // Теория и практика физической культуры. - 1997. - N 8. - с.2-7.
37. Журавлева К. И. Статистика в здравоохранении. — М.: Медицина, 1981. — 176 с.
38. Иванюшкин А. Я. "Здоровье" и болезнь в системе ценностных ориентации человека // Вестник АМН СССР Т. 45. - 1982. - С. 729—733.
39. Иргашев Ш.Б., Турсунходжаева Л.А., Первичная профилактика наркозависимости среди учащихся образовательных школ, Учебное –

- методическое пособие для учителей, Министерство народного образования Республики Узбекистан, Ташкент 2006.
40. Иргашев Ш.Б., Турсунходжаева Л.А., Первичная профилактика наркозависимости среди учащихся образовательных школ, Учебное – методическое пособие для учителей, Министерство здравоохранения Республике Узбекистан, Ташкент 2011
41. Иргашев Ш.Б. Формирование здорового образа жизни или санитарно просветительная работа. Журнал «Организация и управление здравоохранением № 1 2.2010
42. Иргашев Ш.Б. Валеологические принципы рационального питания. Ташкент 2010.
43. Иргашев Ш.Б. Современные направления формирования здорового образа жизни среди населения. Ташкент 2008.
44. Когут Н.Н. Качество жизни и самооценка здоровья// Медицинские вести.-1997.-№2,-с.20-21.
45. Карасева Т.В., Голицина И.И., Толстов С.Н. и др. Методические подходы к систематизации основных понятий валеологии // Валеология. - 1996. - № 2. - С.42-44.

Дополнительная литература:

46. Кирой В.Н., Войнов В.Б. Критерии оценки уровня здоровья // Валеология. - 1998 - № 3 – С. 37
47. Кузьменко М. М., Баранов В. В., Шиленко Ю. В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. — М., 1994. — 297 с.
48. Кураев Г.А., Сергеев С.К. Валеологическая система сохранения здоровья населения России //Валеология – 1996. - №1 – С. 42 -45
49. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции: Учебное пособие. — М.: Медицина, 1992. — 509 с.

50. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. - М., 2001.- 225с.
51. Мартыненко А. В. Медико-социальная работа в России (основные положения конференции) // Медицина и социальная работа. - М., 1998. – С. 45
52. Millard F. Developments in Polish Health Care. In: Ringen, S. Wallace, C. (eds). Societies in transition: East-Central Europe Today. Aldershot, Avebury, 1994.
53. McKee M. et al. Health Sector Reform in the Czech Republic, Hungary and Romania. Croatian Med., 1994. – P. 238-244.
54. Marre, J. and Groenewegen, P.P. Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition. - Aldershot: Avebury, 1997.
55. Назмеева Г.М. Социальные работники в пропаганде здорового образа жизни / Г.М.Назмеева // Современные наукоемкие технологии. – 2005. – № 4 – С. 96-96.
56. Национальная программа по борьбе против табака в Республике Узбекистан на 2008 – 2012 гг. Ташкент 2007 г.
57. Никифорова Г.С. Психология здоровья. 2000 год.– « Стратегическая программа противодействия распространению ВИЧ инфекции в Республике Узбекистан на 2007 – 2011 г.г.» Ташкент, 2007.
58. Петрова Г.В. Еще раз о необходимости здорового образа жизни // Валеология – 200., - № 2 – С.23 - 26
59. Platt, M. J. Child health statistics review, 1998/ M.J. Platt// Arch. Dis. Child.1998-V 79-p - 523-527.
60. Руководство по менеджменту охраны здоровья матери и ребенка/ ЮНИСЕФ в Узбекистане, Ташкент 2009г.

61. Розенфельд Л.Г. Распространенность вредных привычек и роль врача общей практике в их преодолении / Л.Г. Розенфельд, И.С. Тарасов // Профилактика заболеваний и укрепления здоровья - 1999 №3. с. 10-12.
62. Сборник вводных материалов для базового обучения менеджменту новых финансовых менеджеров и заведующих учреждениями ПМСП/ программа «ЗдравПлюс»/USAID в Узбекистане, Ташкент 2004г.
63. Соковня-Семенова И.И. Основы здорового образа жизни и первая медицинская помощь: Учебное пособие / И.И. Соковня-Семенова. - М.: Издательский центр «Академия». 2000. – 208 с.
64. Таран А.П., Солдатова Т.А. Проблемы и опыт повышения эффективности работы в практической валеологии . - 1997. - № 1 – С. 12 -15
65. Формирование здорового образа жизни: история, опыт, практика. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.krasgma.ru/ar228-page1.html>, свободный.
66. Furunes B. Subjectively experienced symptoms in relations socioeconomic factor in women/ B. Furunes, C. Bengtsson, L. Lapidys// Eur. J. Epidemiol – 1996 - V 12, №6-p - 617-624.
67. Fabian, C. Family medicine/ general practice in Sweden. In: Kennedy, T.E. European Union of General Practitioners Reference Book 1995/96. - London: Kensington Publications, 1995.
68. Чораян О.Г. Норма здоровья: проблемы, подходы к их решению //Валеология. – 1996 - №1. – С. 23
69. Черниченко Е.И. Сестринская помощь в общеврачебной практике / Е.И. Черниченко// Медицинская сестра – 2002. №1. с. 12-13.
70. Чазов Е.И. Проблемы первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в России и СНГ. Кардиология Узбекистана № 2-3, 2010.
71. Эркаев А., Духовность – Энергия независимости, Ташкент 2001

72. Юрьев В. К. Здоровье населения и методы его изучения: Учебное пособие. — СПб, 1993. — 144 с.

Интернет источники:

73. www.minzdrav.uz – Сайт Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

74. www.undp.uz – Программа развития ООН в Узбекистане

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

Анкета для проведения исследования

Уважаемые участники! Просим Вас **анонимно** ответить на вопросы, изложенные в анкете. Просьба быть искренними и правдивыми. Подчеркните вариант ответа, который совпадает с Вашим мнением или впишите свой ответ на вопрос.

1. Что, по Вашему мнению, включает в себя понятие Здоровый образ жизни? _____
2. Знакомы ли Вы с принципами работы программы по пропаганде ЗОЖ?

3. Перечислите, пожалуйста, основные из этих принципов. _____
4. Какие функции возложены на средний медицинский персонал в области пропаганды ЗОЖ среди населения? _____
5. Какое количество прикрепленного населения находится на Вашем участке? _____
6. Какое количество из них имеют хронические заболевания? _____
7. Какое количество населения на Вашем участке имеют вредные привычки такие как:
А. курение _____
Б.алкоголизм _____
В.наркомания _____
8. Какое количество населения на Вашем участке имеют проблемы с избыточным весом _____
9. Какое количество населения на Вашем участке имеют проблемы с сердечнососудистой системой? _____
10. Ведется ли Вами патронаж каждой из категорий данных групп? _____
11. Как часто Вами осуществляется патронаж населения входящих в данные группы риска? _____
12. С какими основными трудностями Вам приходится сталкиваться в процессе работы с населением? _____
13. Какие инструменты в пропаганде ЗОЖ, по Вашему мнению, оказались на практике более эффективны? _____

14. По каким критериям оценивают Вашу работу в данной сфере (в программе _____ по _____ пропаганде ЗОЖ)? _____

15. Кем конкретно оценивается Ваша работа по пропаганде ЗОЖ среди населения в Вашем учреждении? _____

16. Что на Ваш взгляд необходимо предпринять для повышения эффективности проведения _____ данной программы? _____

17. Ваши _____ предложения _____ и пожелания _____

Благодарим за оказанное внимание и содействие в данном исследовании!

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2.

Вопросник для совершенствования пропаганды ЗОЖ среди населения.

Уважаемые респонденты просим ответить Вас на вопросы анкеты с целью определения наиболее эффективных инструментов в области пропаганды здорового образа жизни.

1. Ваш пол
2. Ваш возраст
3. Ваше социальное положение (пенсионер, студент, домохозяйка, работающий, свой вариант)
4. Уровень Вашего образования (начальное, среднее, высшее)
5. Укажите Ваш уровень материального обеспечения (малообеспеченный, среднеобеспеченный, высокообеспеченный)
6. Укажите основные популярные на Ваш взгляд источники информации о здоровом образе жизни.
7. Укажите основные не очень популярные на Ваш взгляд источники информации о здоровом образе жизни.
8. Укажите, какая информация о здоровом образе жизни вас интересует больше всего?
9. Что необходимо предпринять, чтобы люди вели здоровый образ жизни
10. Что на Ваш взгляд напрямую влияет на качество жизни человека?
11. Ваше отношение к курению (курю, не курю, вредно для здоровья, мне все равно)
12. Какие у Вас взаимоотношения в семье?
13. Как вы относитесь к занятиям физкультурой?
14. Какие методы Вы используете для снятия нервного напряжения?
15. Соблюдаете ли Вы режим питания?
16. Ваше питание является сбалансированным, разнообразным?
17. Как часто Вы проходите профилактические осмотры у врачей?