ГБПОУ «Миасский медицинский колледж»

Дипломная работа

Тема_____

_____

Специальность:

Группа:

Квалификация:

_____(Ф.И.О. студента)

Руководитель: _____ /_____/

Рецензент: _____/_____/

Дата «___» _____ 2020 г.

Оценка _____

Оглавление

Введение.....3
Глава 1. Теоретические основы профилактической деятельности сестринского персонала в амбулаторно-поликлинических условиях.....5
1.1. Заболеваемость населения, факторы риска здоровья.....5
1.2. Здоровье и здоровый образ жизни.....9
1.3. Понятие профилактики и ее виды.....14
1.4. Роль медицинской сестры в организации профилактических мероприятий17
Глава 2. Изучение особенностей профилактической деятельности сестринского персонала.....21
2.1. Анализ заболеваемости населения в Челябинской области.....21
2.2. Исследование факторов риска заболеваемости населения и уровня знаний о здоровом образе жизни методом анкетирования.....26
2.3. Разработка практических рекомендаций для пациентов.....34
Заключение.....36
Библиографический список литературы.....39
Приложения.....44

Введение

Понимание важности реализации профилактического направления является традиционным для отечественных клиницистов, которые неоднократно утверждали, что легче предупредить развитие заболевания, нежели вылечить развившуюся болезнь. «Будущее принадлежит медицине предупредительной», - писал Н.И. Пирогов.

В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости населения социально-значимыми заболеваниями, а именно артериальная гипертония, сахарный диабет, злокачественные новообразования, ВИЧ/СПИД, туберкулез, гепатит, инфекции, передаваемые половым путем, психические расстройства и расстройства поведения. Болезни данной группы имеют огромное значение для общества, представляют угрозу большому количеству человек. В связи с этим актуальными являются вопросы организации профилактики заболеваемости населения.

Формирование здорового образа жизни является важнейшей задачей государства в целом, органов и учреждений здравоохранения, образования, культуры. Здоровый образ жизни подразумевает высокую гигиеническую культуру, достаточную двигательную активность, отказ от вредных привычек, рациональное питание, оптимальный режим труда и отдыха, формирование психологической устойчивости, медицинскую активность.

Пропаганда здорового образа жизни является одной из основных задач медицинских работников в деле укрепления здоровья населения. В настоящее время в этом направлении акцент делается на понимании людьми важности ЗОЖ.

Медицинские работники должны предоставлять максимально полную информацию о различных аспектах здоровья, помогать людям в формировании ответственного и позитивного отношения к своему здоровью и здоровью общества в целом, менять не всегда здоровые привычки своих сограждан и содействовать развитию навыков ЗОЖ.

Таким образом, актуальность исследования обусловлена распространенностью социально-значимых заболеваний среди населения и необходимостью пропаганды здорового образа жизни.

Цель исследования – исследовать виды и формы профилактической деятельности сестринского персонала медицинских организаций.

Задачи исследования:

1. Представить теоретические основы профилактической деятельности сестринского персонала медицинских организаций.

2. Исследовать заболеваемость населения по данным городской поликлиники для взрослых г. Миасс.

3. Исследовать факторы риска заболеваемости населения и уровня знаний о здоровом образе жизни путем анкетирования.

4. Разработать практические рекомендаций для пациентов.

Объект исследования – профилактическая деятельность сестринского персонала.

Предмет исследования – виды и формы профилактической деятельности сестринского персонала.

Методы исследования – анализ, синтез, статистические, социологические методы.

За теоретическую основу работы были взяты нормативные документы, периодические издания, монографии.

Практическая значимость работы заключается в разработке практических рекомендаций для населения по ведению здорового образа жизни.

Структура работы. Работа представлена введением, двумя главами – теоретической и практической, заключением, включая выводы и практические рекомендации, списком литературы и приложениями.

Глава 1. Теоретические основы профилактической деятельности сестринского персонала в амбулаторно-поликлинических условиях

1.1. Заболеваемость населения, факторы риска здоровья

Заболеваемость населения – это показатель, которые характеризует уровень болезни среди населения в целом. В свою очередь, заболеваемость населения является важным составляющим компонентом оценки здоровья населения.

В настоящее время со стороны Правительства РФ большое внимание уделено демографическим процессам населения РФ [4].

Российское общество глубоко озабочено демографической проблематикой, которая занимает одно из первых мест во всем мире и в каждом государстве. Негативные демографические тенденции создают реальные и потенциальные угрозы устойчивому развитию общества на современном этапе и в перспективе. Главная причина данного явления - естественная убыль населения.

Острота демографических проблем неразрывно связана с ухудшением состояния здоровья населения. Одним из важнейших факторов, влияющих на демографическую ситуацию, является здравоохранение. Главным вопросом государственной политики в России является повышение качества жизни граждан. Состояние здоровья населения – одно из важнейших условий благополучия любой нации. Включение медицинской отрасли в число главных национальных ориентиров Правительства РФ показало актуальность статистического изучения уровня заболеваемости, особенно матерей и детей.

Данные предварительного прогнозирования показывают, что первичная заболеваемость населения Российской Федерации будет иметь возрастающую тенденцию. В связи с этим, актуальной задачей является выявление и оценка факторов, влияющих на уровень заболеваемости населения РФ.

В структуре заболеваемости на первом месте стоят заболевания системы кровообращения. Показатели смертности населения представлены в приложении 1.

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), несмотря на все успехи современной медицины, остаются лидирующими в структуре заболеваемости населения всего мира и занимают первое место среди причин смертности, постоянно демонстрируют тенденцию к росту заболеваемости и летальности [31].

Высочайший процент среди трудоспособного населения инвалидизации в результате патологий ССС делает проведение исследований причин и факторов риска развития заболеваний данной группы крайне актуальными.

Здоровье населения определяет состояние общества. Негативные тенденции состояния здоровья населения, которые являются следствием резкого увеличения количества курящего населения, обострившейся проблемы алкоголизма, наркомании и токсикомании, уменьшение числа лиц, занимающихся физкультурой и спортом, нерационального питания, состояние хронического психологического стресса приводят к увеличению смертности и инвалидизации, уменьшению рождаемости и продолжительности жизни.

Все это требует целенаправленного проведения профилактических мероприятий, к важнейшим из которых относится гигиеническое обучение и воспитание с целью формирования здорового образа жизни.

Состояние здоровья в целом зависит от:

- биологических, психологических (наследственность, конституция, тип высшей нервной деятельности и др.) свойств человека;
- природных (климат, погода, ландшафт местности, флора, фауна и др.) воздействий;
- состояния окружающей среды (загрязнение химическими, физическими, биологическими агентами и др.);
- социально-экономических, политических и прочих факторов, обычно действующих через условия труда и быта;

- состояния служб здравоохранения, кадров, уровня медицинской науки;

- многих других воздействий окружающей человека среды, отношений между людьми и др.

По данным статистических сборников Министерства здравоохранения РФ с каждым годом увеличиваются показатели заболеваемости населения.

Здоровье и болезни опосредованы через социальные условия и социальные факторы. Конкретные условия жизни - труда, быта, питания, жилища, отдыха, образования, воспитания, культурные потребности и вообще то, что ранее в социально-гигиенических трудах называлось условиями коллективной жизни, и есть социальные условия и факторы.

При решении вопроса об обусловленности здоровья недостаточно представить и систематизировать многообразные воздействия на него, от которых оно зависит, нужно определить решающие условия и факторы, сконструировать модель обусловленности здоровья. Нужно попытаться ответить на основной вопрос медицины: от чего непосредственно зависит здоровье. Здесь приобретают первостепенное значение факторы риска здоровью.

Создано учение о факторах риска во многом вследствие развития хронической патологии, т.е. преобладания хронически протекающих, обычно неэпидемических заболеваний, конкретные причины которых неизвестны, но установлены способствующие факторы (факторы риска).

Как известно на состояние здоровья населения влияют следующие группы факторов (приложение 2).

Сейчас становится все понятнее, что болезни современного человека обусловлены прежде всего его образом жизни и повседневным поведением. В настоящее время здоровый образ жизни рассматривается как основа профилактики заболеваний.

Удельный вес вклада образа жизни в показатель смертности составляет почти 60% при отравлениях и травмах, 43% при инфекционных заболеваниях, 30

- 35% при болезнях кровообращения, дыхания, пищеварения и нервной системы.

Доля влияния на развитие заболевания такого фактора, как образ жизни, составляет более 60% при ишемической болезни сердца и сосудистых поражениях мозга, 35% при злокачественных новообразованиях.

Особенно отрицательно влияют на здоровье вредные привычки. По данным ВОЗ, от такой привычки, как курение, ежегодно в мире умирают 6,8 млн. человек.

В Российской Федерации табакокурение приводит к преждевременной гибели каждого четвёртого жителя, а курильщики со стажем живут на 20 лет меньше.

Заболеваемость раком лёгких в стране на последние 10 лет выросла на 63%, а в ряде городов превысила самые высокие показатели, когда-либо зарегистрированные в мире (среди каждых 100 больных раком лёгких более 80 оказываются злостными курильщиками). При этом пассивное курение на 34% увеличивает риск возникновения рака лёгкого и на 50% -сосудистой патологии.

Негативные тенденции последних лет в состоянии здоровья трудоспособного населения России во многом связаны с усилением алкоголизации населения, которая повышает смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени, желудочно-кишечного тракта, бытового и производственного травматизма. Общая смертность больных алкоголизмом в 2 раза выше, чем в аналогичной по полу и возрасту популяции, а среди общего числа внезапных смертей 18% сопряжены с пьянством.

Преимущественное употребление алкоголя мужчинами вносит определённый вклад в различия между смертностью мужчин и женщин и соответственно продолжительности жизни мужской части популяции (72% злоупотребляющих алкоголем умирают в России в возрасте до 50 лет).

По данным ВОЗ, злоупотребление алкоголем является третьей причиной смертности после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний в мире.

Особенностью современного здоровья населения является превалирование болезней с высокой активностью хронического течения патологического процесса (нервная, мочеполовая и костно-мышечная системы, органы пищеварения и кровообращения).

Многочисленные социально-гигиенические исследования показали, что негативные тенденции в состоянии здоровья в значительной мере предопределяются неудовлетворительным образом жизни: вредными привычками, психоэмоциональным стрессом, нерациональным характером питания, проведением свободного времени и отдыха, низким уровнем медицинской активности.

1.2. Здоровье и здоровый образ жизни

Вопросы здоровья и болезни издавна волновали не только медиков, но и философов. Так, основоположник медицины Гиппократ писал о том, что здоровье человека определяется образом его мыслей и поступков, а также влиянием факторов окружающей среды. Индийский врач и философ Сушрута в известной книге «Аюрведа» указывал на роль особенностей устройства быта, питания, мышления в возникновении болезней. Влияние образа и условий жизни на уровень здоровья подчеркивал также известный арабский врач и философ Авиценна [21].

Позже, в средние века, стало формироваться понимание того, что здоровье зависит не только от природных факторов и индивидуальных особенностей, но и от устройства общества, то есть от факторов социального (социально-экономического) характера. Одним из первых эту идею, которая активно развивалась в последующем, высказал французский мыслитель Ф.Бэкон.

Хотя в последующем вопросы здоровья, факторов, на него влияющих, путей сохранения и укрепления рассматривались в трудах ученых-клиницистов (Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, М.Я. Мудров), гигиенистов (Ф.Ф. Эрисман, А.П. Доброславин, В.А. Осипов), а в последующем – социал-гигиенистов, теория

здоровья и его сохранения практически не развивались. В 60-х годах прошлого века патологи С.М. Павленко и С.Ф. Олейник попытались сформулировать представление о механизмах здоровья и способах воздействия на них. Они обосновали научное направление, получившее впоследствии название «санология». Санологию можно определить как учение о механизмах противодействия организма болезни, в основе которого лежит саногенез – динамический комплекс защитно-приспособительных механизмов (физиологического или патологического характера), возникающий при воздействии чрезвычайного раздражителя и развивающийся на протяжении всего болезненного процесса – от состояния предболезни до выздоровления [21].

Основоположником науки о здоровье человека в современном ее понимании считается И.И. Брехман, который в 1982 году заложил методологические основы сохранения и укрепления здоровья практически здоровых людей. Исследуя роль адаптогенов и сформировав новое научное направление – фармакосанацию («лекарства» для здоровых), он пришел к мысли о необходимости изменить всю стратегию здравоохранения. По его мнению, в основе профилактической деятельности должна лежать диагностика качества и количества здоровья индивида.

В конце XX века был сформулирован ряд положений, характеризующих представление о здоровье и его критериях. Синтезируя их, можно отметить, что в разных концепциях здоровье рассматривается с трех позиций [21]:

- как наилучшее (оптимальное) состояние организма;
- как антитеза патологии (то есть отсутствие болезни означает наличие здоровья);
- как свойство, присущее в той или иной степени любому состоянию организма – от оптимального благополучия до экстремальной болезни.

Большинство определений индивидуального здоровья построено на простом перечислении признаков (критериев) здоровья, среди которых можно выделить следующие:

- равновесие (с окружающей средой и внутри организма);

- благополучие (как некое субъективное представление);
- адаптируемость (к изменяющимся условиям окружающей среды);
- вероятность (возможность, скорость) перехода между различными состояниями организма;
- гармоничность (слаженность) функционирования всех органов и систем;
- способность функционировать в целом.

При этом наиболее перспективными являются представления, использующие критерии вероятности переходов между различными состояниями организма.

Всемирной организацией здравоохранения было сформулировано следующее определение здоровья.

Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

В данном определении подчеркивается не только единство физического и психического здоровья, но и социальная сущность человека, т. е. его способность находиться в социуме и быть удовлетворенным своим местом в нем.

Американский теоретик медицины Г. Сигерист писал, что здоровым может считаться человек, который отличается гармоничным физическим и умственным развитием и хорошо адаптирован к окружающей его физической и социальной среде. Здоровый человек полностью реализует свои физические и умственные способности, может приспосабливаться к изменениям окружающей среды, если они не выходят за пределы нормы, и вносит свой вклад в благополучие общества, соразмерный с его способностями. Здоровье не означает просто отсутствие болезней; это нечто положительное, жизнерадостное; охотное выполнение обязанностей, которые жизнь возлагает на человека [21].

Здоровье – это целостное динамичное состояние организма, которое определяется резервами энергетического, пластического и регуляторного обеспечения функций, характеризуется устойчивостью к воздействию патогенных факторов и способностью компенсировать патологический процесс, а также является основой осуществления биологических и социальных функций.

В этом определении заложена системность категории здоровья как результата огромного числа процессов, протекающих в организме [19].

Системность понятия здоровья определяется и следующим. Еще древние греки выделяли низший, телесный уровень человека (греч. soma – тело), средний, психический (греч. psyche – душа) и вершину – духовный элемент (греч. nous – дух). А в настоящее время выделяют три аспекта здоровья: соматический, психический и духовный. Причем эти аспекты в организме человека можно представить в виде пирамиды. Взаимоотношения между элементами внутри пирамиды подчинены законам гармонии (правило золотого сечения). Эти особенности системы обеспечивают ее динамическую устойчивость и возможность развития.

Петровой Н.Г. показано, что уровень здоровья человека определяется функционированием его как единой целостной системы (в которой все подсистемы действуют скоординированное для достижения единой, наиболее актуальной в тот или иной период жизнедеятельности цели), организованной во времени и пространстве и находящейся в гармоничном взаимодействии (в процессе обмена информацией, энергией, веществом) с макросистемой [21].

Статистика свидетельствует, что наибольший вклад в здоровье человека вносит образ его жизни. Так, здоровье на 50% зависит от образа жизни, на 15% – от наследственности, на 25% – от состояния окружающей среды (экологии) и на 10% – от работы системы здравоохранения [15]. Из этого следует, что одним из основных направлений формирования и укрепления здоровья является здоровый образ жизни населения.

Вопросы формирования здорового образа отражены в многочисленных научных трудах по философии, педагогике, концепции охраны здоровья в системе образования и др. направлениях.

Здоровый образ жизни как научное понятие сформировался на основе категорий «здоровье», «физическое здоровье», «духовное здоровье» и т.п. Физическое здоровье рассматривается как условие, гарант, основание для

создания и усовершенствования духовного, физического и психологического ресурса человечества [9].

Наиболее полно проблема формирования здорового образа жизни как фактора и составляющей человеческого здоровья рассматривается в научно-медицинских теориях. Достаточно полно эта категория отражена в работах Г. Апанасенко, В. Волкова, П. Половникова, которые рассматривают здоровье как состояние организма, которое определяет его адаптационные возможности, информационную и потребностно-мотивационную основу жизнедеятельности человека. При этом состояние здоровья выражается интегральными характеристиками влияния состояния отдельных органов и систем организма [6].

В современных научных публикациях даются следующие понятия здорового образа жизни.

Кузнецова М.В. дает следующее определение здоровому образу жизни - это способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей как условия и предпосылки существования и развития других сторон жизни [15].

Васендин В.Н. с соавт.: здоровый образ жизни объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях и выражает ориентированность личности на формирование, сохранение и укрепление здоровья [7].

Также дается определение здорового образа жизни как поведение индивидуума, направленное на укрепление и сохранение здоровья, активизацию защитных сил организма, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия, устранение факторов риска [4].

Здоровье – бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. Это обязывает подходить к оценке образа жизни человека не только с биологических, но и с медико-социальных позиций. Социальные факторы обусловлены социально-экономической структурой общества, уровнем образования, культуры, производственными отношениями между людьми,

традициями, обычаями, социальными установками в семье и личностными характеристиками. Большая часть этих факторов вместе с гигиеническими характеристиками жизнедеятельности входит в обобщенное понятие «образ жизни» и, по данным ВОЗ, на 50–55 % влияет на состояние здоровья человека. Первостепенная роль в сохранении и формировании здоровой нации принадлежит именно здоровому образу жизни.

1.3. Понятие профилактики и ее виды

Вопросы организации медицинской профилактики регламентированы следующими основополагающими документами: Конституция РФ [1], Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [2] и Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [3].

Конституция Российской Федерации, документ высшей юридической силы, устанавливает право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. Она утверждает ряд важных для профилактического направления мер: создание программ охраны и укрепления здоровья населения, развитие системы здравоохранения, поощрение деятельности по поддержанию санитарно-эпидемиологического и экологического благополучия.

В ст. 41 Конституции РФ указывается, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь [1].

Согласно Закону №323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» охрана здоровья – это система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях

профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи [2].

То есть сохранение и укрепление здоровья – это задача, которую должны решать общество в целом, органы и учреждения здравоохранения, а также каждый человек.

Охрану здоровья сегодня называют приоритетным направлением деятельности всего общества, поскольку лишь здоровые люди в состоянии должным образом заниматься производительно-полезным трудом [2].

Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет профилактику как комплекс мероприятий, цель которых – сохранение и укрепление здоровья населения. Профилактические мероприятия могут носить различный характер: медицинский, политический, экономический, правовой, социальный, научный – и должны быть направлены на формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и раннее выявление заболеваний. Также профилактика направлена на устранение вредного воздействия факторов среды обитания человека, поддержание санитарно-эпидемиологического благополучия населения [2].

Реализация данных задач достигается проведением противоэпидемических мероприятий, разработкой санитарных правил с учетом эпидемиологической обстановки, надзором за их соблюдением, санитарной охраной территории, производственным контролем на предприятиях, своевременным информированием всех заинтересованных лиц о проводимых мероприятиях, проведением медицинских осмотров, вакцинацией, гигиеническим воспитанием, которое направлено на повышение уровня санитарной культуры граждан. Воспитание должно включать информирование о факторах риска и повышение мотивации к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ). Необходимо осуществлять его на различных образовательных уровнях: дошкольном, школьном, в средних и высших учебных заведениях, на курсах переподготовки и повышения квалификации работников. Санитарно-

просветительская работа является неотъемлемой частью первичной профилактики.

Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» отмечается, что санитарно-эпидемиологическое благополучие населения – это состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности. При этом выделяются следующие факторы среды обитания – биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений. Закон предусматривает мониторинг и нормирование перечисленных факторов [3].

Профилактика – это система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

Имеются разные классификации профилактики. В зависимости от того, на что она направлена, выделяют первичную, вторичную и третичную. Первичная профилактика предусматривает меры по предупреждению развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний. Целью вторичной профилактики является раннее выявление заболеваний, предупреждение развития их осложнений, обострений, рецидивов, хронизации, ограничений жизнедеятельности. Третичная профилактика – это мероприятия реабилитационного характера.

Мероприятия первичной профилактики включают [21]:

- оздоровление окружающей среды, включая контроль и улучшение качества воздуха, воды, продуктов питания, условий труда, быта, отдыха и пр.;

- санитарно-гигиеническое воспитание населения;

- специальные меры по предупреждению различных видов травматизма;

- вакцинация;

- проведение профилактических осмотров;

- создание условий для оздоровления граждан.

1.4. Роль медицинской сестры в организации профилактических мероприятий

В настоящее время в осуществлении профилактических мероприятий участвует значительное число структур. К ним относятся учреждения здравоохранения, учреждения системы Роспотребнадзора, учреждения системы ведомственного здравоохранения, социальной защиты населения и другие [17].

На уровне первичной амбулаторно-поликлинической помощи важная роль в профилактике и пропаганде здорового образа жизни отводится среднему медицинскому персоналу.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет четыре функции медицинской сестры:

– обеспечение помощи пациентам и руководство ею. Имеется в виду не только содействие, профилактика, лечение, реабилитация или поддержка отдельных лиц, но и родственников пациентов, семей и групп людей;

– обучение пациентов и персонала медико-санитарной помощи. Данный вид деятельности сестры включает обеспечение информацией для поддержания здоровья, санитарное просвещение, оценку результатов просветительных программ, оказание помощи медицинским сестрам и другому персоналу в приобретении новых знаний и умений;

– деятельность в качестве члена медицинской бригады. Сестра, работая в команде специалистов, должна уметь эффективно сотрудничать с другими людьми при планировании, организации, управлении и оценке сестринских служб как составной части общей службы здравоохранения;

– развитие практики сестринского дела через критическое мышление и научные разработки.

Профессиональная деятельность медицинской сестры многогранна, и направлена на достижение пациентом оптимального уровня жизнедеятельности. Однако в современных условиях коммерциализации медицины, возросшей стоимости медицинских услуг, снижения доходов населения очень востребована оказалась обучающая роль медицинской сестры. В частности, сестра помогает пациенту освоить элементы самоухода, обучает членов семьи осуществлять уход за пациентом вне стен стационара, проводит санитарное просвещение, способствуя профилактике заболеваний [13].

К одним из важнейших компонентов первичной профилактики относится формирование здорового образа жизни (ЗОЖ), который включает в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющие сохранять и укреплять здоровье, поддерживать оптимальное качество жизни.

Важная роль в формировании ЗОЖ принадлежит его пропаганде, цель которой – формирование гигиенического поведения населения, базирующегося на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия [18].

Санитарно-гигиеническое воспитание населения направлено на повышение его медицинской грамотности и культуры, формирование здорового образа жизни, который способствует сохранению и укреплению здоровья. Оно включает различные формы, средства и методы (табл. 1). Основными методами являются устная, печатная, наглядная пропаганда (плакаты, макеты, кинофильмы) [21].

Таблица 1

Методы санитарно-гигиенического воспитания населения

Устный	Печатный	Комбинированный	Наглядный
Лекции Беседы Викторины Вечера вопросов и ответов Инструктажи Дискуссии Радиопередачи (аудиозаписи) Кружковые (курсовые) занятия	Книги Журналы Статьи в общей прессе Брошюры	Кинофильмы Видеофильмы Выставки	Муляжи Макеты Изделия медицинского назначения

Сочетание этих методов является наиболее эффективным. Средствами устного метода могут быть: лекция, беседа, доклад, пояснение на выставке, выступление на радио и др. Устное слово позволяет устанавливать тесный контакт со слушателями, учитывать интересы и особенности аудитории. Индивидуальная беседа врача (среднего медицинского работника) с пациентом обеспечивает правильные взаимоотношения между ними и имеет не только информационное, но и психотерапевтическое значение. Важен инструктаж при выписке из стационара. Активности восприятия и лучшему усвоению материала способствует практика проведения вечеров вопросов и ответов, групповой дискуссии и т.п. Из других средств устного метода можно упомянуть викторину – познавательную игру с элементами соревнования, содействующую расширению кругозора слушателей в области медицины, в первую очередь гигиены. Особенно уместно проведение викторин среди школьников [21].

Значительное место в гигиеническом воспитании населения и пропаганде ЗОЖ отводится средним медицинским работникам. Медицинские сестры работают под непосредственным руководством врача, являясь его помощниками, что должно обеспечивать взаимосвязь и преемственность в

гигиеническом воспитании пациентов. Медицинская сестра продолжает воспитательную работу с пациентом, начатую врачом.

Тематику и объем информации для больных, уровень подготовки медицинских сестер по вопросам пропаганды ЗОЖ определяет и корректирует врач [12].

Средства наглядной пропаганды, применяемые в санитарно-гигиеническом воспитании населения, включают (наряду с перечисленными выше) предметы оказания первой помощи, ухода за больным, ухода за новорожденным, демонстрацию натуральных патологоанатомических препаратов, моделей и другие. «Малые» формы наглядной пропаганды – это наклейки на спичечных коробках и конвертах, почтовые марки, публикация соответствующих материалов в календарях и прочие.

Материалы для санитарно-гигиенического воспитания населения (печатная пропаганда) издаются в виде книг, популярных статей в общей и медицинской прессе, стенных и многотиражных газетах, а также в виде научно-популярных брошюр и памяток. Печатные издания могут быть адресованы определенным контингентам: больным с конкретными заболеваниями, родителям и т. д. Печатный метод хорош тем, что он позволяет повторно вернуться к тому или иному источнику информации в случае необходимости, а также выпускается в значительных тиражах, которые обеспечивают широкий охват целевых потребителей информации [11].

Таким образом, нами рассмотрены были понятие здоровье и здоровый образ жизни. Показана роль медицинской сестры в пропаганде здорового образа жизни среди населения.

В целом педагогический труд медицинской сестры, в совокупности с остальными видами профессиональной деятельности медсестры, должен формировать у населения отношение к здоровью, к медицине в целом и к медицинским работникам в частности. Образовательная деятельность среднего медицинского персонала помогает не только улучшать качество жизни пациентов, обеспечивать проведение санитарно-просветительской работы, но и

передавать ценную информацию по повышению профессионального мастерства своим коллегам.

Глава 2. Изучение особенностей профилактической деятельности сестринского персонала

2.1. Анализ заболеваемости населения в Челябинской области

Исследование заболеваемости проводилось методом анализа учетно-отчетной документации городской поликлиники для взрослых г. Миасс.

Численность и структура контингента, прикрепленного к городской поликлинике представлена в таблице 2.

Таблица 2

Численность и структура контингента, прикрепленного к городской поликлинике

№ п\п	Показатели:	2017 год	2018 год	2019 год
1	Численность прикрепленного контингента	43187	43086	43105
2	Изменение численности прикреплен-ного контингента	-484	-101	+19
3	Половозрастной состав прикрепленного контингента, в том числе: Мужчин Женщин	 19783 23404	 18785 24301	 18 062 23748
4	Изменение численности пациентов, составляющих особые группы учета: ИОВ УОВ Ликвидаторы аварии на ЧАЭС Пациенты, пользующие льготным лекарственным обеспечением Воины-интернационалисты	 15 96 67 1050 40	 13 82 64 950 15	 15 73 64 770 15

На начало 2019 года прикрепленное население составило 43 105 человек, в том числе застрахованное – 36 824 человека.

В численности и структуре контингента, прикрепленного к городской поликлинике, в 2019 году наблюдались изменения следующих показателей:

- численность прикрепленного населения осталась практически на том же уровне (+19 чел.);
- на 23,4% уменьшилась численность граждан, обслуживающихся по программе обеспечения населения лекарственными средствами (ОНЛС), в связи с отказом от социальных услуг и составляет на начало 2018 года – 770 чел. (на начало 2019 г. численность этой группы составляла – 950 чел.).
- снизилась численность УВОВ, что предопределено естественной убылью вследствие пожилого и старческого возраста, а также наличия хронических заболеваний в стадии декомпенсации. Численность ИОВ в отчетном году увеличилась на 2 человека, взятых под «Д» наблюдение.
- изменился половозрастной состав в сравнении с предыдущим 2018 годом в сторону незначительного уменьшения мужского и женского пола.

Определенную роль в динамике общей численности и половозрастного состава играет миграция населения в другие районы города, а также естественная убыль.

Рассмотрим показатели заболеваемости населения, прикрепленного к городской поликлинике. Показатели представлены в таблице 3.

Таблица 3

Заболеваемость населения по обращаемости и ее структура

Показатели	2018 г.	2019 г.
Зарегистрировано заболеваний:	71 470 (без злок. новообразований)	70 790 (-1,0%) (без злок. новообразований)
В т.ч. на 100 тыс. населения	165 877,5	164 226,9
Зарегистрировано заболеваний впервые в жизни:	21 652	21 814 (+0,7%)
В т.ч. на 100 тыс. населения:	50 252,9	50 606,7

В сравнении с 2018 годом уровень общей заболеваемости в 2019 г. снизился на 1,0% и лишь по некоторым из основных классов заболеваний превышает показатели прошлого года (рис. 1).

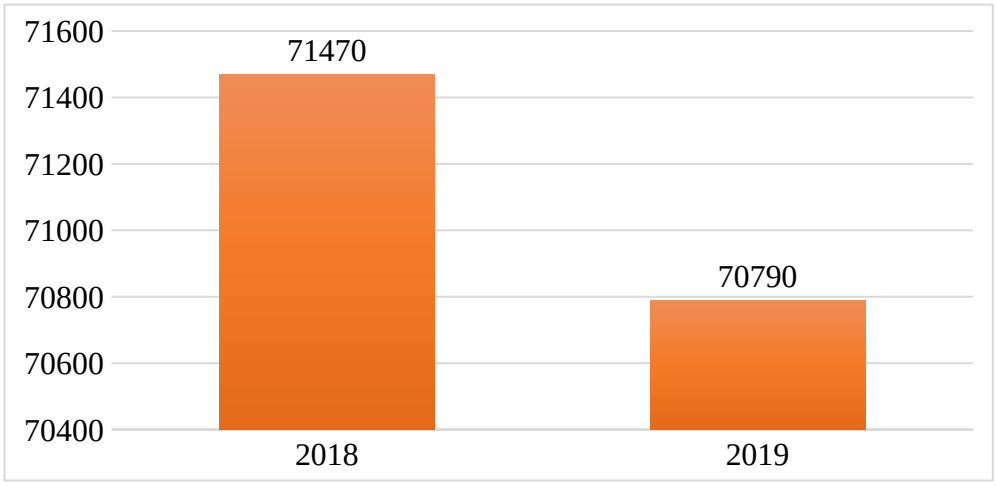


Рисунок 1. Число зарегистрированных заболеваний, абс. число

По данным диаграммы наблюдаем снижение заболеваемости населения, что может быть связано с уменьшением числа прикрепленного населения к исследуемой поликлинике.

Число заболеваний, выявленных впервые в жизни, осталось практически на прежнем уровне (рис. 2).

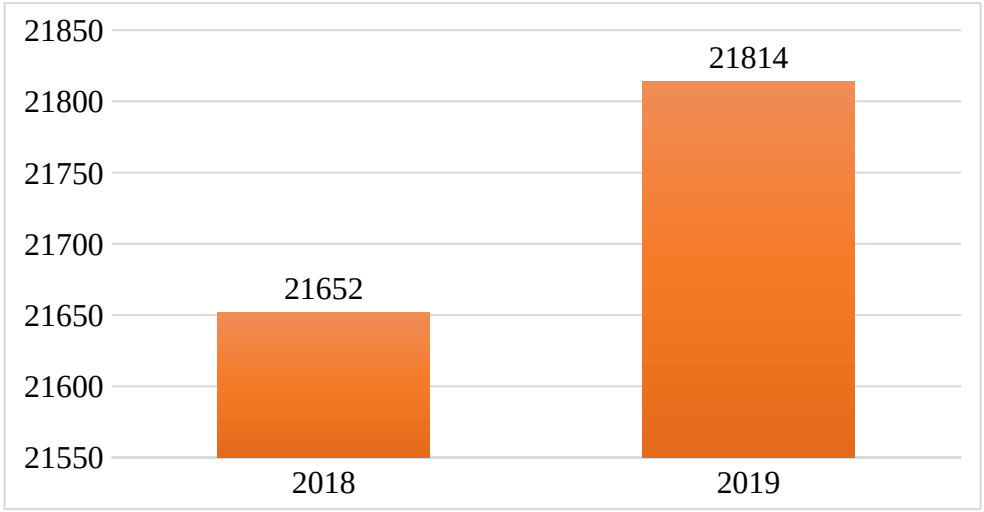


Рисунок 2. Число заболеваний, выявленных впервые, абс. число

По данным диаграммы наблюдаем незначительный рост заболеваний, выявленных впервые, рост составил 0,7%.

В таблице 4 представлена структура заболеваемости населения

Таблица 4

Структура заболеваемости населения

Наименование основных классов п групп болезней	2018 г.		2019 г.	
	Абсолютное число/общая заболеваемость	На 100 000 населения	Абсолютное число/общая заболеваемость	На 100 000 населения
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	774 (1,04%)	1 796,4	239 (0,3%)	554,5
Болезни эндокринной системы	4 590 (6,2%)	10 653,1	4 719 (6,7%)	10 947,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	4 405 (5,9%)	10 223,7	3 822 (5,4%)	8 866,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	2 716 (3,8%)	6 303,7	2 929 (4,1%)	6 795,0
Болезни системы кровообращения	16 498(22,4%)	38 290,8	14 879(21,0%)	34 518,0
Новообразования (без злок.новообраз.)	941 (1,3%)	2 184,0	1 358 (1,9%)	3 150,4
Болезни органов чувств и нервной системы	6 822 (9,3%)	15 833,4	7 211 (10,2%)	16 728,9
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1 242 (1,7%)	2 882,6	1 207 (1,7%)	2 800,1
Болезни костно-мышечной системы	10 762(14,6%)	24 977,9	10 990(15,5%)	25 495,9
Болезни органов дыхания	10 827(14.7%)	25 128,8	10 567(14,9%)	24 514,6
Болезни органов пищеварения	3 363 (4,6%)	7 805,3	3 711 (5,2%)	8 609,2
Болезни мочеполовой системы	6 310 (8,6%)	14 645,1	7 155 (10,1%)	16 599,0

На диаграмме (рис. 3) представлена структура заболеваемости населения по классам. Среди заболеваемости на первом месте стоят болезни системы кровообращения и составили 21% от общей заболеваемости, на втором месте – болезни костно-мышечной системы (15,5%) и на третьем – болезни органов дыхания (14,9%).

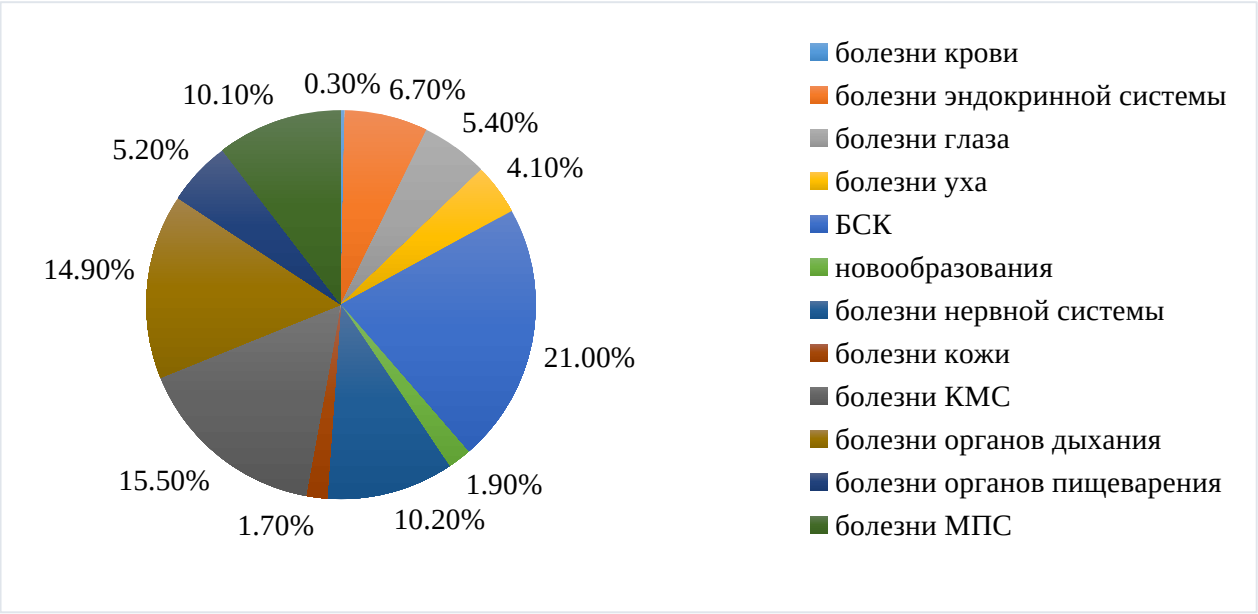


Рисунок 3. Структура заболеваемости населения, в %

Рост уровня общей заболеваемости отмечен по следующим классам (%):

- болезни органов чувств и нервной системы - на 5,7% за счет проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, а также – увеличения объема внешней помощи, оказанной населению, территориально закрепленному за другими ЛПО;

- болезни костно-мышечной системы – на 2,1% в связи с проведением диспансеризации взрослого населения, а также за счет приема врачом-ревматологом не только территориально прикрепленного населения, но и пациентов города;

- болезни мочеполовой системы – на 13,4% за счет увеличения объема внешней помощи;

- болезни органов пищеварения – на 10,3% по причине выхода из декретного отпуска врача-гастроэнтеролога.

Кроме того, возрастной состав населения, обслуживаемого в ГБУЗ «Городская поликлиника», в 41,2% случаев превышает 50 лет, что предполагает наличие нескольких заболеваний у одного человека.

- новообразования – на 44,3%, что предполагает продолжение активной профилактической работы специалистов по раннему выявлению социально-

значимых заболеваний и включением врача-онколога в состав врачебной бригады при проведении периодических медицинских осмотров.

В сравнении с прошлым годом отмечается уменьшение числа болезней системы кровообращения на 10,9%, что в значительной степени обусловлено проведением первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, установлена динамика заболеваемости населения, которая характеризуется снижением, что определено снижением численности прикрепленного населения, и увеличением числа впервые зарегистрированных заболеваний.

2.2. Исследование факторов риска заболеваемости населения и уровня знаний о здоровом образе жизни методом анкетирования

В ходе проведения диспансеризации медицинскими сестрами определяются и анализируются факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, который являются одной из основных причин инвалидности и преждевременной смертности населения. По полученным данным установлена у обследуемых низкая физическая активность (27%), нерациональное питание (26%), избыточная масса тела (21%), отягощенная наследственность по неинфекционным заболеваниям (18%). Также были отмечены повышенное артериальное давление у 15%, курение – у 9%, дислипидемия (11%), повышенный уровень глюкозы в крови (5%), злоупотребление алкоголем (2,5%). Данные представлены на рис. 4.

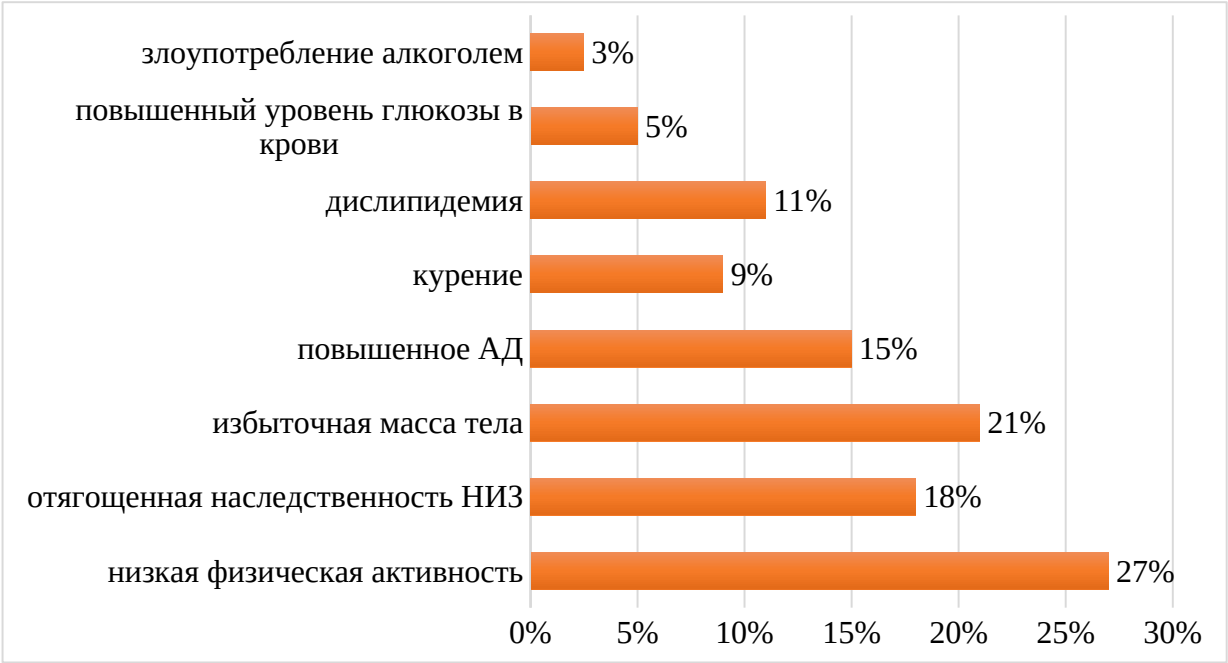


Рисунок 4. Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, в %

Во время прохождения диспансеризации определяется суммарный сердечно-сосудистый риск, который представляет собой обобщенное значение сочетания тех или иных факторов риска, показывающее уровень прогнозируемого риска развития смертельных и несмертельных сердечно-сосудистых осложнений, выраженный в процентах, и он определяется по пяти параметрам: пол, возраст, уровень АД, уровень общего холестерина в крови, курение табака. Данный показатель определяют в соответствии с приказом от 13 марта 2019 года N 124н (в ред. от 02.09.2019) «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Результаты оценивают как низкий (менее 10%), средний – от 10 до 20%, высокий (более 20%). Уровень выше 40% считается как очень высокий риск. Данный параметр определялся лицам до 65 лет. Результаты оценки представлены на рис. 5.

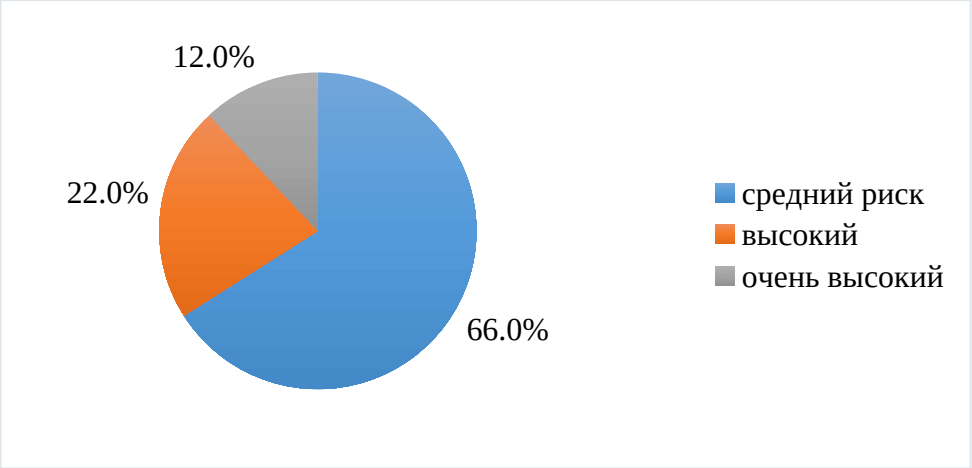


Рисунок 5. Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска, в %

В результате оценки суммарного сердечно-сосудистого риска установлено, что у 66% пациентов, прошедших диспансеризацию, показатель оценен как умеренный, т.е. средний. У 22% пациентов риск оказался высоким и у 12% - очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

С целью исследования факторов риска заболеваемости населения и уровня знаний о здоровом образе жизни анонимным методом был проведен опрос 20 пациентов городской поликлиники. Анкета для опроса представлена в Приложении 3. Из всех опрошенных на долю мужчин приходилось 55% и женщин 45%. Более половины (60%) – лица трудоспособного возраста от 20 до 50 лет. Работающие в различных сферах составили 60%, пенсионеры – 25%, студенты – 10% и безработные – 5%.

Оценили свой образ жизни как здоровый только 35% пациентов (рис. 6).

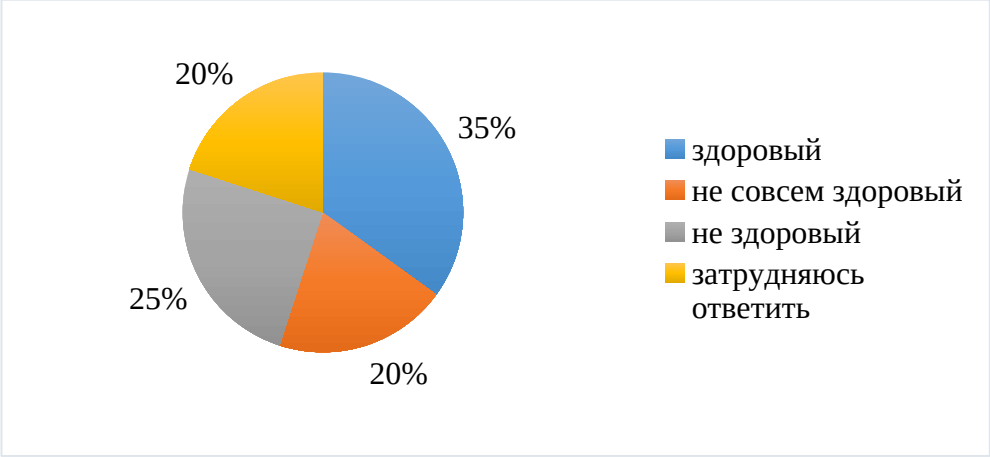


Рисунок 6. Оценка своего образа жизни, в %

20% респондентов считают, что образ жизни у них не совсем здоровый. И отрицательный результаты дали 45% респондентов, из них не здоровый отметили 25% и затруднились ответить 20%.

Четверть (25%) респондентов считают, что их реально сложившийся образ жизни в основном не совпадает с их пониманием и представлениями о здоровом образе жизни (рис. 7).

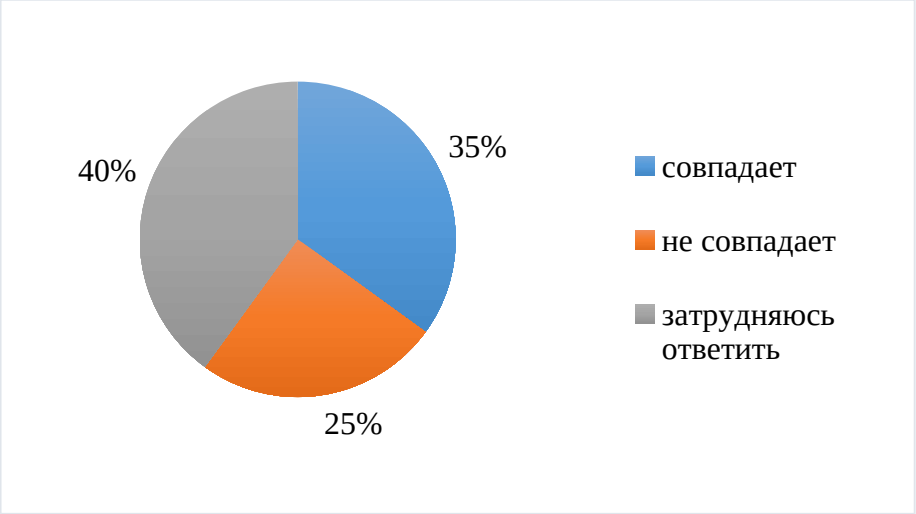


Рисунок 7. Образ жизни и представления о здоровом образе жизни, в %

Женщин, которые отметили данную ситуацию в 2,5 раза больше по сравнению с мужчинами. Вместе с тем, 45% опрошенных желали бы изменить свой образ жизни с тем, чтобы он стал более гигиеничным и здоровым, но не знают, как этого достичь (рис. 8).

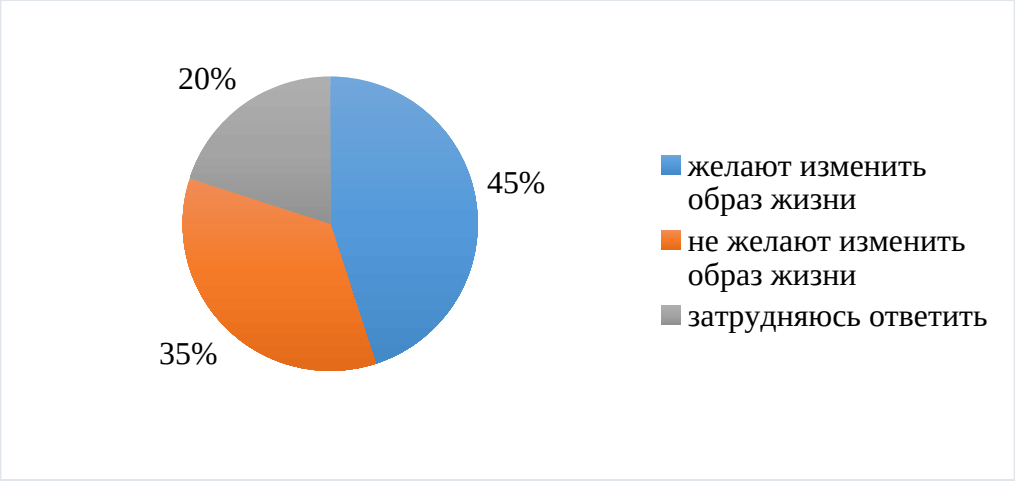


Рисунок 8. Желание респондентов изменить свой образ жизни, в %

35% респондентов отметили, что не желают изменить свой образ жизни и 20% затруднились с ответом.

Заслуживает внимания тот факт, что 40% опрошенных респондентов считают, что от их желания мало что зависит, поскольку социально-гигиенические условия и факторы (подушевой доход, режим труда и отдыха) этому не способствуют.

Свои знания по здоровому образу жизни респонденты оценили по пяти балльной системе следующим образом (рис. 9): наиболее распространенной оценкой, которую поставили своим знаниям респонденты, оказалась удовлетворительная (55%).

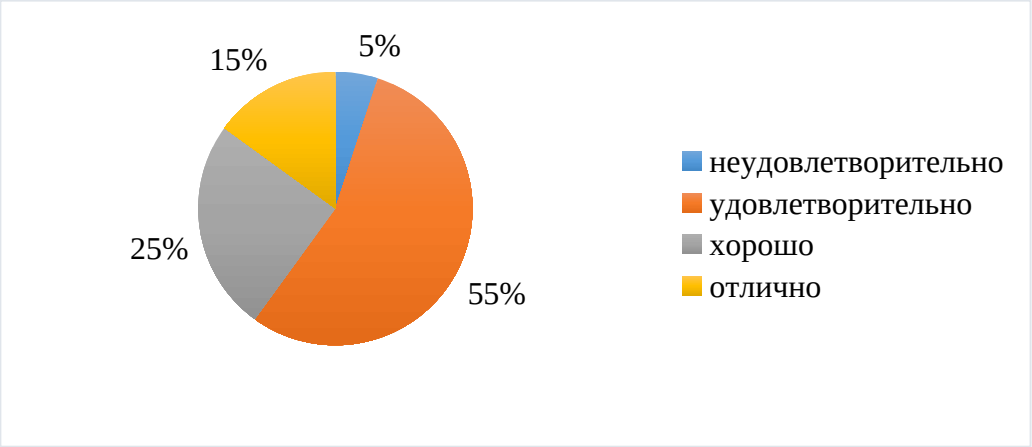


Рисунок 9. Оценка знаний о здоровом образе жизни, в %

Хорошо оценили свои знания 25%, отлично – 10% и неудовлетворительно – 5%.

Определение понятию здорового образа жизни дали 25% респондентов, составляющие здорового образа жизни перечислили 15%. Основным ответом было «отсутствие вредных привычек», а именно алкоголь и курение.

Основными факторами риска для здоровья были названы нерациональное питание (30%), недостаточная двигательная активность (20%) и вредные привычки (20%). Результаты представлены на рис. 10.

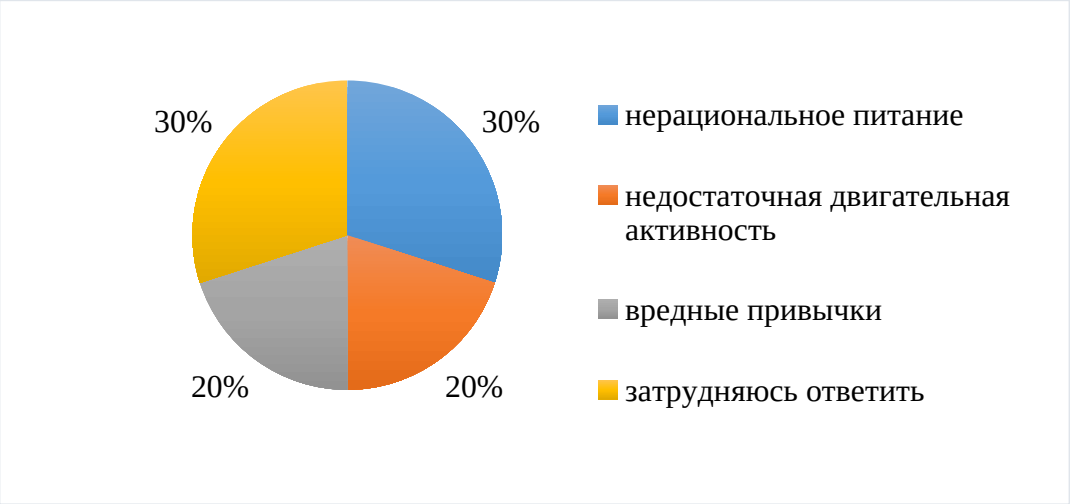


Рисунок 10. Факторы риска для здоровья, по мнению респондентов, в %

Остальные респонденты затруднились назвать потенциально опасные для здоровья факторы.

Из факторов, которые не позволяют вести здоровый образ жизни респонденты отметили недостаточный уровень знаний (60%), материальные трудности (20%), недостаток времени из-за необходимости много работать (10%), безответственное отношение к собственному здоровью (10%).

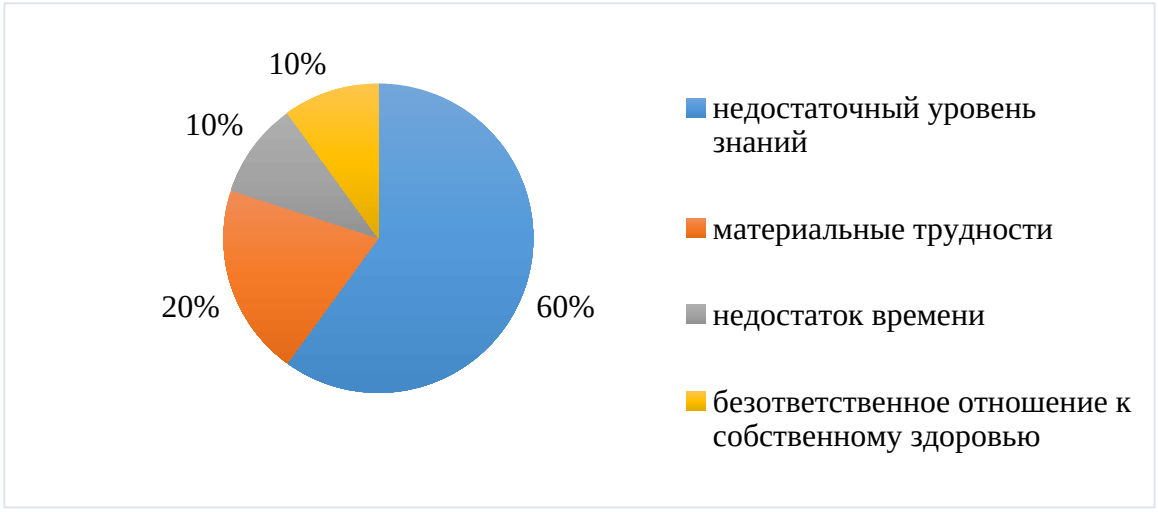


Рисунок 11. Факторы, не позволяющие вести здоровый образ жизни, в %

Выявленное отношение к своему образу жизни, желание у значительной части сделать его более рациональным, позволяют надеяться, что при хорошо организованной работе по санитарно-гигиеническому воспитанию и обучению, можно будет повысить у населения медицинскую активность и чувство ответственности за сохранение собственного здоровья.

Большая часть (55%) опрошенных ответственность за здоровье возлагает на медицинских работников, 30% респондентов считают, что в ухудшении здоровья виноват сам больной, и 15% респондентов возлагают ответственность за свое плохое здоровье на органы государственной власти.

Большая часть (35%) опрошенных считает, что санитарно-гигиеническим обучением должен заниматься работник отделения профилактики, то есть специально обученный человек (рис. 12).

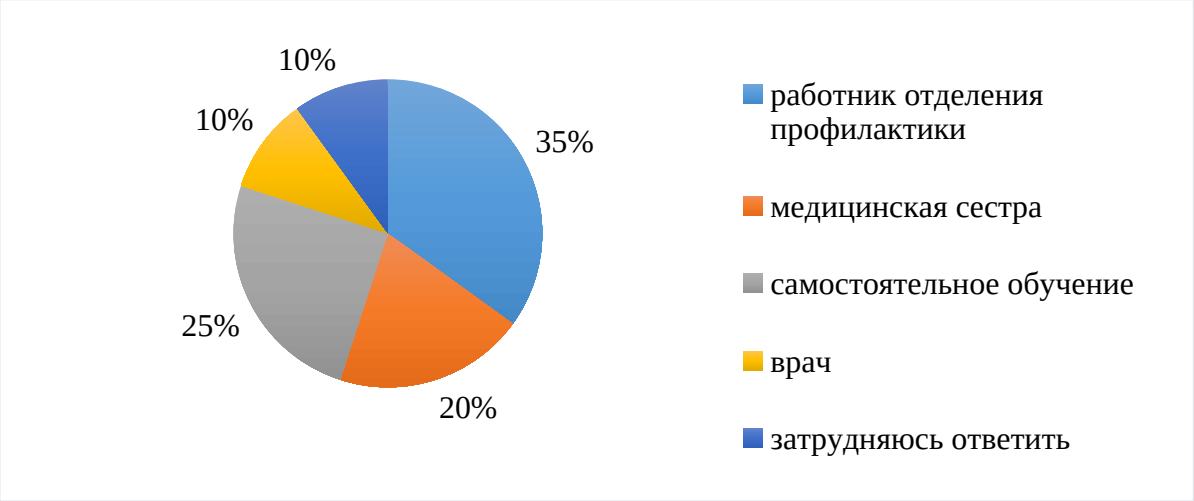


Рисунок 12. Кто должен вести санитарно-гигиеническое обучение населения, в %

25% респондентов считают, что должны самостоятельно повышать санитарно-гигиенические знания. 20% респондентов считает, что обучением должна заниматься медицинская сестра. И только 10% отметили, что должен обучать врач.

Ключевой проблемой в области образования и укрепления здоровья является выбор наиболее оптимальных способов, посредством которых знания и навыки, необходимые для улучшения здоровья, могут быть доставлены в целевые группы (рис. 13).

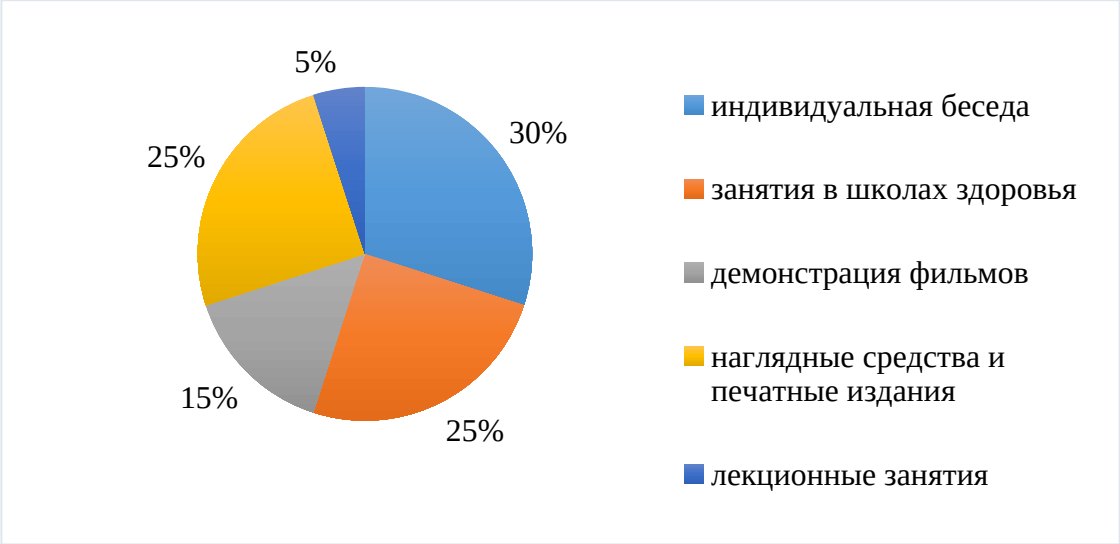


Рисунок 13. Способы и средства санитарно-гигиенического обучения, в %

В оценке респондентами популярности способов приобретения знаний и навыков относительно здоровья предпочтение отдается активным методам обучения, когда возможен диалог между медицинским работником и пациентом. На первом месте стоит индивидуальная беседа (30%), на втором – занятия в школах здоровья (25%), на третьем – демонстрация тематических санитарно-просветительных фильмов (15%).

Далее следуют наглядные средства и печатные издания. Наименее востребованы такие формы санитарно-гигиенической работы, как публичные лекции. Так, на проведение лекционных занятий с населением указали только 5% респондентов.

С точки зрения содержания обучения, респонденты отметили, что в первую очередь нуждаются в освещении вопросов, касающихся рационального и сбалансированного питания (25%), на втором месте - обучение методам психологической разгрузки, технике психологической релаксации (25%) и на третьем - способы отказа от курения (15%) (рис. 14).

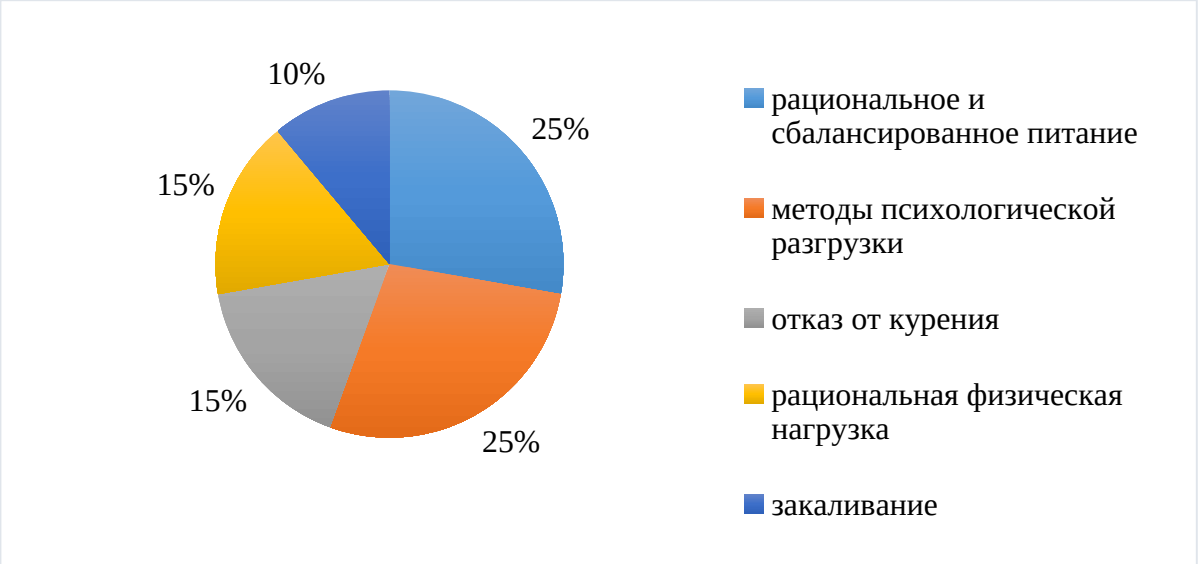


Рисунок 14. Темы обучения здоровому образу жизни, в %

Кроме того, отмечена необходимость в обучении рациональной физической нагрузке (15%) и закаливанию (10%).

Таким образом, проведенное исследование позволило нам определить, что респонденты не ведут здоровый образ, информированность о факторах риска здоровью, составляющих здорового образа жизни низкая. А также у многих респондентов есть желание получать больше информации путем обучения.

2.3. Разработка практических рекомендаций для пациентов

Анализируя полученную информацию по результатам исследования можно определить основные направления информационной составляющей пропаганды здорового образа жизни.

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.

Важно формировать моду на здоровый образ жизни. Особенно это важно для молодого поколения.

Для населения рекомендуется:

1. Вести здоровый образ жизни;

2. Отказаться от вредных привычек;

3. Регулярно заниматься спортом и физической культурой;

4. Правильно питаться;

5. Стараться меньше испытывать стресс;

6. Следить за своим здоровьем;

7. При появлении заболеваний обращаться за медицинской помощью и не заниматься самолечением.

Для пациентов разработана Памятка «Основные принципы ведения здорового образа жизни» (приложение 4).

Заключение

В настоящей работе рассмотрены виды и формы профилактической деятельности сестринского персонала медицинских организаций. Для достижения цели были решены поставленные задачи посредством анализа научно-методической литературы и проведения практического исследования.

Установлено, что профилактика заболеваний – это система мероприятий оздоровительно-предупредительного характера по улучшению качества и продолжительности жизни. Профилактика включает в себя первичную, вторичную и третичную профилактику.

Установлено, что с населением необходимо вести профилактическую работу, вести активную пропаганду здорового образа жизни. В целом организация пропаганды здорового образа жизни должна возлагаться на первичное звено медицинской помощи, т.е. на городские поликлиники. Медицинские сестры вместе с врачами должны разрабатывать информационный материал для населения, организовывать обучение населения по ведению здорового образа жизни, повышать уровень знаний о факторах риска заболеваний и их профилактике, вести диспансеризацию населения с целью раннего выявления признаков заболеваний.

Практическое исследование было организовано в одной из городских поликлиник для взрослых. В результате были проанализированы материалы кабинета статистики и установлена заболеваемость населения, проведено анкетирование, которое позволило оценить уровень знаний о здоровом образе жизни и необходимости его пропаганды.

Выводы:

1. В результате анализа научно-методической литературы были представлены теоретические аспекты пропаганды здорового образа жизни среди населения. Установлено, что здоровье представляет собой состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Важная роль в пропаганде здорового образа жизни отводится лечебно-профилактическим организациям. Также важная роль

отводится медицинской сестре, которая ведет профилактические мероприятия с населением.

2. Исследование заболеваемости населения по данным городской поликлиники для взрослых позволил установить на снижение общей заболеваемости населения, что связано с снижением численности прикрепленного населения. Установлено повышение первичной заболеваемости населения.

3. Исследование факторов риска заболеваемости населения по результатам диспансеризации показало на низкую физическую активность, нерациональное питание, избыточную массу тела, отягощенную наследственность по неинфекционным заболеваниям. Исследование уровня знаний о здоровом образе жизни путем анкетирования позволило установить, что большинство респондентов не считают себя здоровыми, мало информированы о здоровом образе жизни и его составляющих. При этом имеют желание получать больше информации. Санитарно-гигиеническим обучением должен заниматься работник отделения профилактики путем проведения индивидуальных бесед или занятий в школах здоровья. обучение должно быть направлено на освещение вопросов, касающихся рационального и сбалансированного питания, обучение методам психологической разгрузки, технике психологической релаксации, способам отказа от курения.

4. В итоге работы разработаны практические рекомендаций для пациентов.

Таким образом, цель работы достигнута, показано значение сестринского персонала в профилактике заболеваний, поставленные задачи решены.

Рекомендации

Медицинским сестрам рекомендуется:

1. Выявлять факторы риска развития заболеваний у пациентов;

2. Вести активную пропаганду здорового образа жизни;

3. Рекомендовать пациентам не злоупотреблять алкоголем и отказаться от курения.

4. Рекомендовать пациентам правильно питаться и отказаться от фаст-фудов.

5. Для пациентов следует разрабатывать памятки.

Библиографический список литературы

1. Конституция Российской Федерации (с изменениями на 01 июля 2020 года).

2. Федеральный закон от 21.11.2011 № ноября 2011 года N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями на 29 июля 2017 года).

3. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изменениями на 13 июля 2020 года).

4. Приказ от 13 марта 2019 года N 124н (в ред. от 02.09.2019) «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»

5. Аброськина, О.В. Факторы риска и здоровый образ жизни / О.В. Аброськина, Е.В. Силина, А.Н. Комаров // Фундаментальные исследования. – 2013. - №1. – С. 126-133.

6. Айзман, Р.И. Основы медицинских знаний / Р.И. Айзман, В.Г. Бубнов, В.Б. Рубанович и др. – Новосибирск: Новосибирский государственный педагогический университет, 2020. – 224 с.

7. Акопян, Е.А. Влияние улучшения качества жизни населения региона на решение демографических проблем / Е.А. Акопян, А.Р. Акопян // Актуальные проблемы военно-научных исследований. - 2020. - № 6. – С. 23-31

8. Алексеенко, С.Н. Проблемы формирования здорового образа жизни в медицинской образовательной среде / С.Н. Алексеенко // Кубанский научный медицинский вестник. - 2012. - № 4. - С. 10-14.

9. Апанасенко, Г. Л. Автобиографические заметки о здоровье. – Николаев: Борисфен, 2001. – 140 с.

10. Васендин, В.Н. Здоровый образ жизни как одна из составляющих безопасности человека / В.Н. Васендин, С.А. Чеботарькова, Д.А. Кобалева //

Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2012. - № 6. - С. 19-20.

11. Вебер, В.Р. Основы сестринского дела / В.Р. Вебер, Г.И. Чуваков, В.А. Лапотников. – М.: Медицина, 2020. – 187 с.

12. Герасимова, О.Ю. Уровень знаний пациентов о здоровом образе жизни и их мнение об организации санитарно-гигиенического обучения в первичном звене здравоохранения // Евразийский Союз Ученых (ЕСУ). – 2016. № 3 (24). – С. 45-47.

13. Доброрадова, Л.В. Здоровый образ жизни как объект исследования в различных отраслях науки / Л.В. Доброрадова // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. - 2009. - № 5. - С. 29-35.

14. Кондусова, Ю.В. Обучение как неотъемлемая часть профессиональной деятельности медицинской сестры / Ю.В. Кондусова, А.В. Крючкова, Н.М. Семынина // Научный альманах – 2016. - №2-3 (16). – С. 80-83.

15. Кондусова, Ю.В. Профилактическая деятельность медицинской сестры при хронических гастродуоденитах / Ю.В. Кондусова, А.В. Крючкова, Н.В. Веневцева и др. // Парадигма. Лято–2015, Варна, 2015. - С. 160-166.

16. Крючкова, А.В. Роль медицинской сестры в диспансеризации населения / А.В. Крючкова, Н.В. Венецова, Ю.В. Кондусова и др. // Теоретические и прикладные вопросы науки и образования. Тамбов, 2015. - С. 79-80.

17. Кубасова, Е.И. Статистическая оценка структуры и динамики заболеваемости населения Российской Федерации / Е.И. Кубасова, Н.Ю. Сопилко // В сборнике: Актуальные проблемы и перспективы развития государственной статистики в современных условиях Сборник докладов Международной научно-практической конференции: в 2 томах. Саратовстат, Саратовский социально-экономический институт (филиал) ФГБОУ ВО РЭУ им. Г.В. Плеханова. 2020. - С. 96-98.

18. Кузнецова, М.В. К вопросу о здоровом образе жизни студентов / М.В. Кузнецова // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. - 2013. - № 30. - С. 8-12.

19. Кулешова, Л.И. Основы сестринского дела / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова. – Ростов н/Д: Феникс, 2019. – 716 с.

20. Латынов, В.В. Пропагандистское воздействие: пропаганда здорового образа жизни / В.В. Латынов // В сборнике: Психологическое воздействие в межличностной и массовой коммуникации Сер. "Труды Института психологии РАН" Ответственные редакторы: А.Л. Журавлев, Н.Д. Павлова. Москва, 2014. - С. 347-371.

21. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: ГОЭТАР-МЕДИА. – 2015. – 288 с.

22. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Гэотар-Медиа, 2016. – 608 с.

23. Морозов, М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний / М.А. Морозов. – СПб.: Спецлит, 2013. – 175 с.

24. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – М.: Гэотар-Медиа, 2014. – 368 с.

25. Обуховец, Т.П Сестринское дело и сестринский уход (СПО). Учебное пособие / Т.П Обуховец. - М.: КноРус, 2016. - 403 с.

26. Организация сестринской деятельности / Под ред. С.И. Двойникова. – М.: Гэотар-Медиа, 2014. – 528 с.

27. Островская, И.В. Основы сестринского дела / И.В. Островская, Н.В. Широкова. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 320 с.

28. Петров, В.Н. Сестринское дело в терапии / В.Н. Петров. – М.: Юрайт, 2017. – 449 с.

29. Петрова, Н.Г. Основы профилактической деятельности / Н.Г. Петрова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2016. – 285 с.

30. Родионов, С.Б. Состояние и реализация основ здорового образа жизни в современном обществе / С.Б. Родионов // В сборнике: Информационно-

образовательные и воспитательные стратегии в современной психологии и педагогике сборник статей; Международной научно-практической конференции, 2018. - С. 214-216.

31. Ситдикова, И.Д. Оценка риска как критерий в системе показателей общественного здоровья / И.Д. Ситдикова, Э.Н. Мингазова, А.В. Мешков и др. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2020. - № 1. - С. 24-29.

32. Смолева, Э. В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э. В. Смолева; под общ. ред. Б. В. Кабарухина. – Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 475 с.

33. Тарасевич, Т.В. Сестринское дело в терапии / Т.В. Тарасевич. – Минск: РИПО, 2016. – 588 с.

Приложения

Приложение 1

Умершие по основным классам причин смерти

Показатель	2005	2010	2015	2016	2017	2018
	Тысяч человек					
Умершие от всех причин	2303,9	2028,5	1908,5	1891,0	1826,1	1828,9
в том числе:						
от болезней системы кровообращения	1299,5	1151,9	930,1	904,1	862,9	856,1
из них:						
от ишемической болезни сердца (I20 – I25)	625,5	597,9	494,6	481,8	461,8	453,3
в том числе от инфаркта миокарда (I21 – I22)	64,0	67,4	63,7	62,9	58,7	56,9
от цереброваскулярных болезней (I60 – I69)	465,2	372,2	290,3	279,8	264,5	263,6
от внешних причин смерти	315,9	216,9	177,6	167,5	152,7	144,6
из них:						
от случайных отравлений алкоголем (X45)	40,9	19,1	15,2	14,0	12,3	11,0
от всех видов транспортных несчастных случаев (V01 – V99)	40,2	28,6	24,8	21,6	20,2	19,1
от самоубийств (X60 – X84)	46,1	33,5	25,5	23,1	20,3	18,2
от убийств (X85 – Y09)	35,6	19,0	12,0	10,6	9,0	8,0
от новообразований	287,9	293,2	300,2	299,7	294,6	298,0
из них от злокачественных (C00 – C97)	285,4	290,1	296,5	295,7	290,7	293,7
от болезней органов дыхания	94,7	74,8	75,8	70,3	62,0	61,2
от болезней органов пищеварения	93,8	92,0	102,0	98,2	93,0	95,4
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	39,0	33,6	34,4	35,3	35,0	34,6
из них от туберкулеза (всех форм) (A15 – A19)	32,2	21,8	13,5	11,4	9,6	8,6

Примечание: В скобках указаны коды причин смерти в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотр ВОЗ 1989 г.)

Приложение 2

Факторы, влияющие на здоровье

Сфера влияния факторов	Факторы	
	укрепляющие здоровье	ухудшающие здоровье
Генетические	Здоровая наследственность. Отсутствие морфофункциональных предпосылок возникновения заболеваний.	Наследственные заболевания и нарушения. Наследственная предрасположенность к заболеваниям.
Состояние окружающей среды	Хорошие бытовые и производственные условия, благоприятные климатические и природные условия, экологически благоприятная среда обитания.	Вредные условия быта и производства, неблагоприятные климатические и природные условия, нарушение экологической обстановки.
Медицинское обеспечение	Медицинский скрининг, высокий уровень профилактических мероприятий, своевременная и полноценная медицинская помощь.	Отсутствие постоянного медицинского контроля за динамикой здоровья, низкий уровень первичной профилактики, некачественное медицинское обслуживание.
Условия и образ жизни	Рациональная организация жизнедеятельности, оседлый образ жизни, адекватная двигательная активность, социальный и психологический комфорт, полноценное и рациональное питание, отсутствие вредных привычек, валеологическое образование и пр.	Отсутствие рационального режима жизнедеятельности, миграционные процессы, гипо- или гипердинамия, социальный и психологический дискомфорт, неправильное питание, вредные привычки, недостаточный уровень валеологических знаний.

Приложение 3

Анкета для пациентов

Уважаемые пациенты, просим Вам принять участие в социологическом опросе, который проводится в научных целях. Результаты опроса будут представлены анонимно. Цель опроса – определение уровня знаний в вопросах здорового образа жизни.

Отметьте один из вариантов ответа:

1. Укажите Ваше имя:_____

2. Укажите Ваш возраст: _____ лет

3. Ваш социальный статус:

- работаю
- пенсионер
- студент
- безработный

4. Как Вы оцениваете свое здоровье?

- здоровый
- не совсем здоровый
- не здоровый
- затрудняюсь ответить

5. Ваш образ жизни совпадает с Вашим пониманием и представлением о здоровом образе жизни?

- совпадает
- не совпадает
- затрудняюсь ответить

6. Желаете ли Вы изменить свой образ жизни?

- желаю
- не желаю
- затрудняюсь ответить

7. Вы можете изменить свой образ жизни?

- да
- нет, почему_____

8. Как Вы оцените свои знания по здоровому образу жизни?

- неудовлетворительно
- удовлетворительно
- хорошо
- отлично

9. Дайте определение понятию «здоровый образ жизни» - это _____

_____

___

10. Укажите факторы риска для здоровья:

- нерациональное питание
- недостаточная двигательная активность
- вредные привычки
- затрудняюсь ответить

11. Укажите факторы, которые не позволяют вести здоровый образ жизни:

- недостаточный уровень знаний
- материальные трудности
- недостаток времени из-за необходимости много работать
- безответственное отношение к собственному здоровью

12. На ком лежит ответственность за здоровье?

- медицинский работник отделения профилактики
- медицинская сестра
- самостоятельное обучение
- врач
- затрудняюсь ответить

13. Какие способы и средства должны применятся в пропаганде здорового образа жизни

- индивидуальная беседа
- занятия в школах здоровья
- демонстрация фильмов
- наглядные средства и печатные издания
- лекционные занятия

14. Какие вопросы должны обсуждаться при обучении?

- рациональное и сбалансированное питание
- методы психологической разгрузки
- способы отказа от курения
- рациональная физическая нагрузка
- закаливание

Спасибо за внимание!

Приложение 4

Памятка

«Основные принципы ведения здорового образа жизни»



Здоровье – это наше богатство, сохранить которое можно только при правильном образе жизни. От физического и духовного состояния человека зависит, насколько интересной и красочной будет его жизнь.

1. Здоровое питание. Любая деятельность человека зависит от веществ и микроэлементов, поступающих в его организм вместе с пищей. Поэтому следует отказаться от фаст-фуда и другой вредной еды, переключив свое внимание на фрукты, овощи, злаки. Организуйте правильный режим питания.

2. Занятия физкультурой. Обязательно делайте зарядку по утрам! Она придаст энергии и хорошего настроения на весь день. Выберите для себя подходящий вид спорта. Физическая активность незаменима при здоровом образе жизни. Занятия спортом сделают ваше тело стройным и красивым, а также укрепят иммунитет.

3. Хороший сон. Ежедневно человек должен спать около 8 часов, причем ложиться лучше до полуночи — это наиболее благоприятное время для сна. Хорошо проветривайте комнату перед сном. Важной особенностью является комфорт и удобство спального места. Нельзя наедаться на ночь, помните, что последний прием пищи обязан быть не позднее, чем за 3 часа до сна.

4. Режим дня. Распоряжайтесь своим временем грамотно. Хорошо организованный режим дня – правильное чередование работы и отдыха. Составив режим, вы будете больше успевать сделать за день, избегая переутомления.

5. Отказ от вредных привычек. Алкоголь, наркотики, курение – всё это наносит непоправимый вред организму. Эти вредные привычки влекут за собой болезни, мешают человеку развиваться как в трудовой, так и в творческой деятельности, вследствие чего делают его социально неблагополучным и несчастным.

6. Устойчивость к стрессу. Старайтесь спокойней относиться к возникшим проблемам и неудачам. Запомните, что негативные эмоции приводят к болезням. Справиться со стрессами помогут занятия любимым делом, спорт или новые увлечения. Старайтесь контролировать свои эмоции и относитесь ко всему с добром и позитивом.

7. Закаливание организма. Закаливание – важная особенность здорового образа жизни, это профилактика простудных заболеваний и развитие устойчивости организма к негативным условиям среды. Известно, что закаленный человек в 8 раз реже простужается, чем незакаленный. Закаливаться можно снегом, солнцем, воздухом или водой, главное - делать это с умом и в меру.

8. Личная гигиена. Как говорится, чистота – залог здоровья, поэтому ежедневно приводите свое тело и одежду в порядок. Несоблюдение личной гигиены может быть поводом развития многих опасных болезней.

9. Интеллектуальное развитие. Узнавая что-то новое, мы тренируем головной мозг, а значит, развиваем умственные способности, которые можно применить в различных жизненных ситуациях.

10. Духовное самочувствие. Оптимистичное настроение зачастую является главным компонентом успешной деятельности и любых начинаний. Важно уметь правильно определять свои жизненные цели и грамотно расставлять приоритеты.