

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра Управления сестринской деятельностью

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

(на примере Терапевтического отделения
МБ ЛПУ «Центральная городская больница»
г. Верхний Уфалей Челябинской области)

Факультет ПСР и ВСО
Направление подготовки Сестринское дело
Квалификация Академическая
медицинская сестра. Преподаватель
Допущена к защите: 29 мая 2017 г.
Зав.кафедрой Шурыгина Е.П.
д.м.н., доцент Шурыгина
Дата защиты 21 июня 2017 г.
Оценка хорошо

Исполнитель: Ахтарьянова
Екатерина Андреевна
Группа ЗСД – 413
Руководитель: Шурыгина Е.П.
д.м.н., доцент Шурыгина
Нормоконтролер: Шурыгина Е. П.
д.м.н., доцент Шурыгина
Рецензент Семенов А.Г.

Екатеринбург, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА	4
1.1. Понятие профилактики, общие вопросы	5
1.2. Профилактика инфаркта миокарда	5
1.3. Обучение пациентов приемам профилактики инфаркта миокарда	13
2. АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ МБЛПУ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА» ГОРОДА ВЕРХНЕГО УФАЛЕЯ	29
2.1. Краткая характеристика и история МБЛПУ «ЦГБ» города Верхнего Уфалея	29
2.2. Анализ среднего медицинского персонала МБЛПУ «ЦГБ» города Верхнего Уфалея	35
2.3. Материалы и методы исследования	48
2.4. Анализ организации профилактической работы	50
3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ	55
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	62
ПРИЛОЖЕНИЕ	

Ежегодно в России от сердечно-сосудистых заболеваний умирает более 1 млн. 200 тысяч человек, из них - около 100 тыс. человек трудоспособного возраста. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной инвалидизации в России. Заболеваемость ишемической болезнью сердца (ИБС) составляет примерно 55% от всех болезней сердечно-сосудистой системы. [1]

Ишемическая болезнь сердца, в частности инфаркт миокарда (ИМ), - основная причина смерти среди населения. По данным Всемирной организации здравоохранения, в возрасте 50-65 лет заболеваемость составляет 404-467 человек на 100 000 населения. Летальность при инфаркте миокарда, по данным литературы, составляет 18,5-40%. Значительное число больных умирает очень быстро после начала приступа и в большинстве случаев до госпитализации. [51] Высокие показатели заболеваемости, смертности и летальности при инфаркте миокарда делают особенно актуальной проблему профилактики данным заболеванием.

Цель работы – совершенствование работы по профилактике инфаркта миокарда в МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхнего Уфалея Челябинской области.

В соответствии с целью работы можно выделить следующие задачи:

1. Изучить принципы первичной и вторичной профилактики инфаркта миокарда;
2. Охарактеризовать работу по профилактике инфаркта миокарда в МБЛПУ ЦГБ г. Верхнего Уфалея Челябинской области;
3. Провести анализ основных показателей работы терапевтического отделения МБЛПУ «ЦГБ» г. Верхнего Уфалея Челябинской области;
4. Разработать рекомендации совершенствованию работы по профилактике на примере МБЛПУ «Центральная городская больница» города Верхнего Уфалея.

Объектом исследования является деятельность по профилактике инфаркта миокарда у пациентов.

Предметом исследования является процесс деятельности по профилактике инфаркта миокарда.

Методы исследования, использованные в работе: метод теоретического анализа литературы, метод сравнительного анализа и обобщения в аспекте изучаемой проблемы, статистический метод, метод наблюдения, метод анкетирования.

Исследованием инфаркта миокарда в своих научных трудах занимались такие авторы, как: Дж. Альперт, Е.Н.Амосов, Д.М. Аронов, В.А. Люсов, Л.Ф. Николаева, А.Н. Сыркин и другие.

Дипломная работа состоит из введения, трех глав, заключение, списка используемой литературы, содержит 12 таблиц, 8 рисунков.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

1.1 Понятие профилактики, общие вопросы

Профилактика — составная часть медицины. Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия. Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства. [51]

Определения разных авторов понятия «профилактика» представлены в таблице 1.

Таблица 1. Определение понятия «профилактика»

Профилактика	Определение	Автор
1. Профилактика	Система социальных, экономических, медицинских, гигиенических и воспитательных мероприятий, направленных на устранение причин заболеваний или условий, способствующих проявлению этих причин, а также на повышение защитных и адаптационных сил организма, противостоящих влиянию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды.	Краткий энциклопедический словарь: Адаптивная физическая культура / Э.Н. Вайнер, С.А. Кастюнин. Флинта: Наука; Москва; 2003[16]
Профилактика	(от греч. <i>prophylaktikos</i> - предохранительный), меры, направленные на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья, а также меры по предупреждению обострений хронических заболеваний	Серенко А. Ф., Соболевский Г. Н., Здравоохранение общества, М. 2015. [39]
Профилактика	(греч. <i>prophylaktikós</i> , предохранительный) — в медицине, комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и травм, устранение факторов риска их развития.	Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с. [41]

Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. [51]

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики. [51]

Первичная профилактика — это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др).

К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитания и др. Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома называются лечебно-профилактическими учреждениями.

Для предупреждения заболеваний, в отличие от их лечения не нужны большие средства. Первичная медицинская профилактика призвана сохранить данное от рождения здоровье как можно дольше.

Ее главная задача — исключение всех факторов риска развития неинфекционных заболеваний (НИЗ), кроме тех, управлять которыми человек не в силах (генетическая склонность и возрастные изменения). [20]

Пропаганда здорового образа жизни, систематическая диспансеризация населения и профилактические смотры — основа предотвращения приобретенных неинфекционных заболеваний. Главенствующая роль в данном процессе принадлежит государству.

Развитые страны тратят огромные средства на популяризацию здорового образа жизни, разработку и внедрение профилактических программ. Такая деятельность приносит ощутимые плоды.

В последние года наблюдается все большее восхищение народными методами оздоровления, которые не противоречат медицинской

профилактики, а дополняют ее. Народными целителями разработано множество программ правильного питания и образа жизни, которые помогают сохранить здоровье на долгие годы.

Этапы профилактики включают в себя индивидуальный, семейный, общественный и государственный. Это означает, что забота о здоровье должна быть комплексной. Все этапы профилактического процесса одинаково значимы. [20]

В первую очередь ответственность за самочувствие лежит на самом человеке. Отказ от курения, спиртного и наркотиков — первый шаг на пути к здоровью. Правильное питание и физическая активность дополняют перечень необходимых мер индивидуальной профилактики.

Семейный и общественный уровни во главе стола ставят воспитание привычки к здоровому образу жизни, создание благоприятной психологической атмосферы и всестороннее поощрение движения по правильному пути.

Задачей государства является обеспечить доступность профилактического процесса для всех категорий граждан, выделять для этого необходимые средства. И в первую очередь это касается возможности ранней диагностики распространенных заболеваний.

Неинфекционные заболевания определяют 76% всех причин смерти населения Российской Федерации.

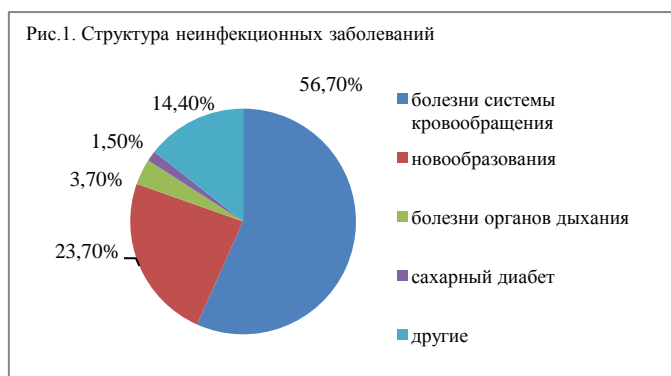


Рисунок 1. Структура неинфекционных заболеваний

Согласно Московской Декларации. Первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, которая проходила в Москве 28-29 апреля 2011 года, "для решения проблемы НИЗ необходима смена парадигмы, поскольку НИЗ вызываются не только биомедицинскими, но также поведенческими, средовыми, социальными и экономическими факторами, которые могут служить их причиной или оказывать на них сильное воздействие". [1]

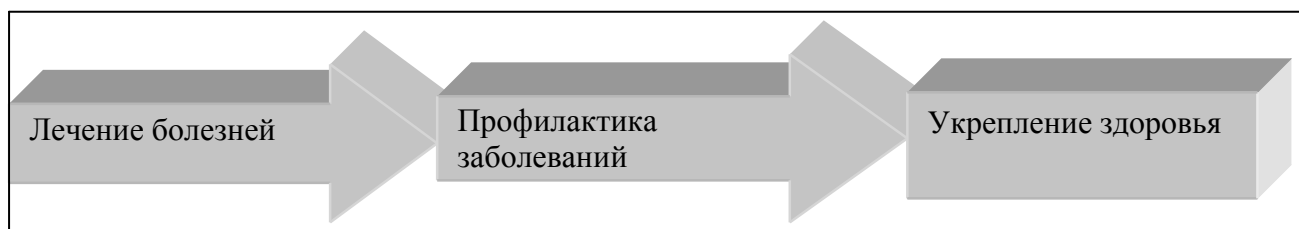


Рисунок 2. Смена парадигмы от лечения, профилактики заболеваний к укреплению здоровья

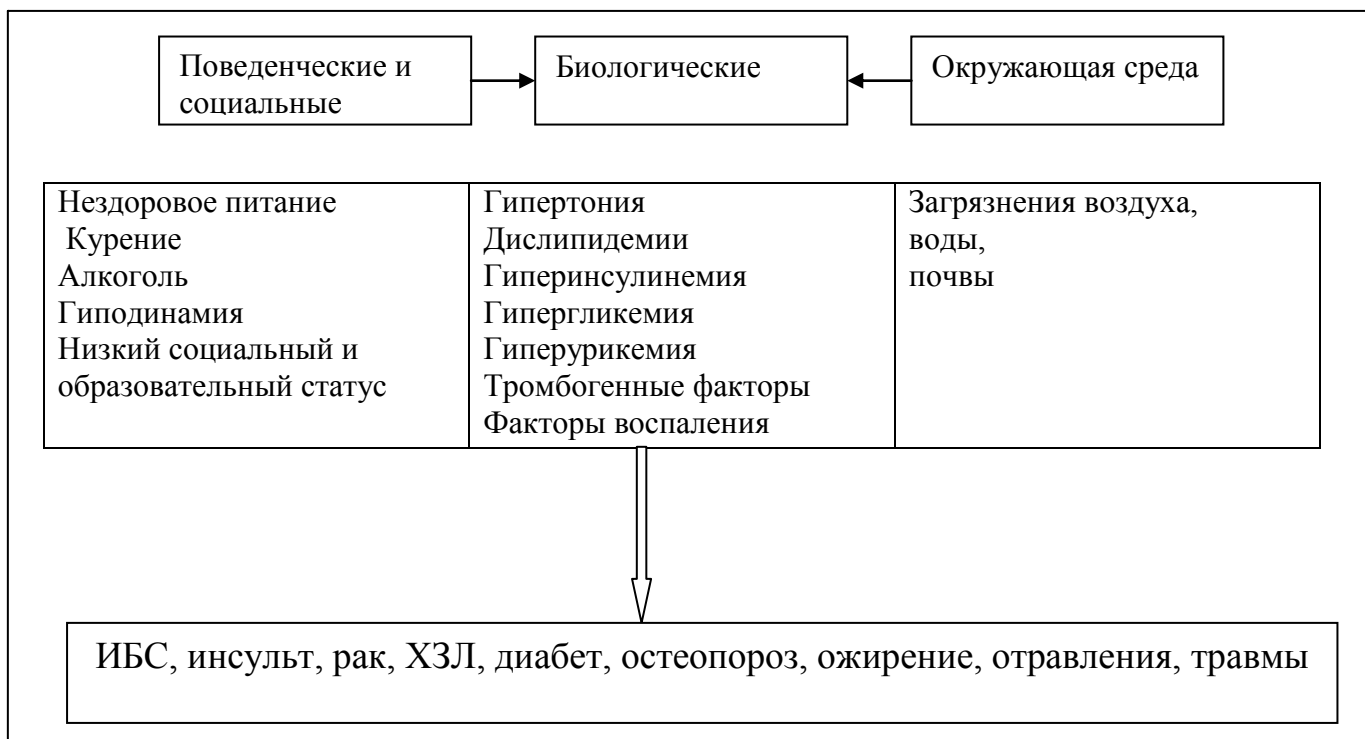


Рисунок 3. Модифицируемые факторы риска НИЗ

Стратегический план действий ВОЗ по НИЗ (2013-2020) включает 9 глобальных целей и 25 индикаторов, которые позволят оценить прогресс в осуществлении на страновом и глобальном уровнях профилактики и контроля

- сердечно-сосудистых болезней;
- некоторых видов рака;
- сахарного диабета;
- хронических обструктивных заболеваний легких.

Применяемый интегральный подход предполагает снижение вредного воздействия общих для этой группы болезней факторов, включающих

- вредное употребление табака,
- алкоголя
- нездоровой пищи
- повышение физической активности, через создание условий «повседневного окружения», способствующих «оздоровлению» образа жизни людей.

В достижении ключевой цели через объединение усилий общества роль лидера должны сыграть национальные системы здравоохранения в странах, используя [1]:

- инновационные доступные технологии в ранней диагностике и эффективном лечении указанных заболеваний,
- гуманные реабилитационные меры в отношении уже заболевших людей.

Основные принципы разработки программ профилактики НИЗ [25]:

- Ситуационный анализ и анализ ресурсов ;
- Создание межведомственного координационного совета по разработке, утверждению и реализации программ профилактики НИЗ ;

- Система подпрограмм, направленных на снижение преждевременной смертности населения с учетом региональных особенностей ;
- Создание системы мониторинга и оценки программ профилактики неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни.;

Оптимальные условия для профилактики неинфекционных заболеваний [36]:

Основной приоритет:

- Национальная политика в отношении табака (запрет рекламы, налогообложение, маркировка и предупреждения, запрет продажи несовершеннолетним, среда свободная от курения)

- Сокращение потребления соли (сотрудничество с промышленностью и регулирование)

Другие условия для профилактики неинфекционных заболеваний:

- Сокращение использования насыщенных и транс-жиров (сотрудничество с промышленностью и регулирование)

- Содействие наличию и ценовой доступности фруктов и овощей

- Пропаганда ежедневной физической активности (увеличение возможностей занятия физической активностью)

- Национальная алкогольная политика (налоги, доступность – во многих странах)

Профилактическая деятельность на уровне первичного здравоохранения

- Усиление первичного звена здравоохранения

Первичная профилактика неинфекционных заболеваний народными методами включает в себя повышение иммунитета с помощью отваров и настоев лекарственных растений, а также различные очистительные процедуры.

Вторичная профилактика — это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления. [25]

Вторичная медицинская профилактика вступает в действие, когда возникает риск заболевания снижается иммунитет, ухудшается самочувствие). В этот момент важно вовремя обратиться к специалистам. Основная задача врача — как можно раньше выявить патологию и разработать эффективную схему лечения.

С точностью диагностировать заболевание народными методами невозможно.

Вторичная профилактика активно использует метод скрининга. Суть его заключается в активной диспансеризации людей, входящих в группу риска по развитию того или иного патологического процесса. Такая система используется во многих направлениях медицины (онкология, урология, гинекология).

В обязательном порядке проводят обследование беременных, в результате которого выявляют возможные нарушения процесса развития ребенка. Новорожденные проходят скрининг в первую неделю жизни.

Ежегодные обследования рекомендуют гражданам, достигшим 45-летнего возраста, для профилактики онкологических заболеваний. Современные средства диагностики позволяют выявить патологию на начальном этапе развития.

Вторичная профилактика включает все виды устранения рисков рецидивов заболевания. С этой целью создается система санаторно-курортных учреждений, на строительство и обеспечение всем необходимым

оборудованием государство выделяет значительные средства. Особое внимание уделяется развитию детских оздоровительных учреждений. [48]

Бороться с рецидивами заболеваний можно и народными методами. Популярными профилактическими средствами целителей и знахарей — это всевозможные диеты, лечебные ванны, дыхательная гимнастика, иглоукалывание, массаж. Народными методиками оздоровления люди пользуются на протяжении веков. Многие из них взяла на вооружение и медицинская система профилактики. [35]

Ряд специалистов предлагают термин как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

Третичная профилактика предполагает социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию. [25]

Стоит признать, что, несмотря на все научные достижения, возможности ранней диагностики заболеваний и средства, выделяемые на их предупреждение, медицина порой не в состоянии предотвратить развитие патологического процесса.

Третичная профилактика призвана помочь адаптироваться людям, которые получили инвалидность и потеряли возможность полноценной жизни в результате того или иного заболевания.

Ее целью является прекращение прогрессирования болезненного процесса. На первый план в данной ситуации выходит психологическая поддержка пострадавшего и максимальное восстановление им утраченных в результате болезни функций.

Примером может служить создание рабочих мест для людей с ограниченными возможностями, вовлечение их в общественную

деятельность и создание адекватного отношения общества к таким согражданам.

Третичная профилактика включает в себя комплекс мероприятий по обеспечению физической и экономической независимости инвалидов. Это и выделенные государством средства на выплату денежных пособий и предоставления различных льгот людям с ограниченными возможностями, создание для них максимальной доступности свободного передвижения.

В комплекс реабилитационного процесса входит также обучение инвалидов самостоятельному уходу за собой и навыкам новой, доступной для них профессии (переквалификация).

Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни.

1.2 Профилактика инфаркта миокарда

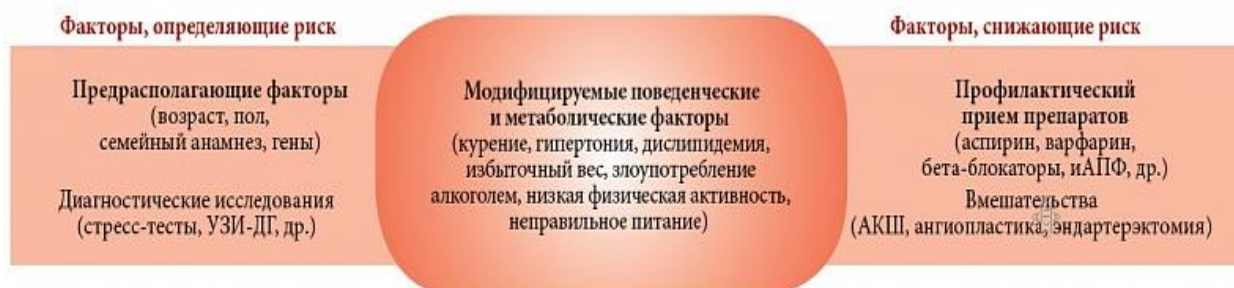
При инфаркте миокарда крайне важно немедленно обратиться за медицинской помощью, любое промедление существенно отягощает последствия инфаркта и способна приносить непоправимый вред состоянию здоровья.

Выбор любых профилактических мероприятий должен учитывать возможные факторы риска. Как показано в таблице 2, факторы риска развития инфаркта миокарда и инсульта во многом сходны.

Влияние на модифицируемые факторы, актуальные для конкретного пациента, является залогом эффективной профилактики (рис. 4). [8]

Таблица 2. Факторы риска сердечно-сосудистых катастроф

Категория	Фактор риска сердечно – сосудистых катастроф		
Предрасполагающие	Возраст, мужской пол, семейный анамнез, гены		
Модифицирующее риск поведение	Курение, атерогенная диета, малая физическая активность, масса тела, прием алкоголя, психологические проблемы, употребление наркотиков		
Метаболические факторы риска	Дислипидемии, гипертензия, ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет.		
Маркеры заболевания	Общие для ИМ и инсульта	Преимущественно ИМ	Преимущественно инсульт
	Данные катетеризации, ССЗ в анамнезе ИБС, ИМ, заболевания периферических сосудов, дисплазия соединительной ткани, сахарный диабет, кардиомиопатии, воспалительный процесс	Кальциевый индекс, результаты стресс- тестов, гипертрофия левого желудочка, неатеросклеротическое поражение коронарных артерий и миокарда (артерииты, спазм коронарных артерий, амилоидоз и др.)	Атеросклеротический стеноз сонных артерий, фибрилляция предсердий, инсульт или ТИА в анамнезе, опухоли мозга, протез сердечного клапана, ревматическое поражение клапанов сердца, инфекция (менингит, эндокардит)



АКШ – аортокоронарное шунтирование, УЗИ-ДГ – ультразвуковое исследование с доплерографией.

Рисунок 4. Модифицируемые поведенческие и поведенческие факторы

Факторы, снижающие риск инфаркта миокарда:

Питание. Во множестве клинических исследований и наблюдений подтверждена эффективность низкокалорийного рациона питания, богатого овощами, фруктами, рыбой, злаками, орехами и чесноком, в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Среди лиц, употребляющих рыбу хотя бы раз в неделю, риск смерти от инфаркта или инсульта в среднем на 52% ниже, чем у тех, кто ест рыбу реже. Три и более порции овощей и фруктов в день уменьшают сердечно-сосудистый риск на 27%, причем с увеличением их потребления риск продолжает снижаться. Напротив, прием продуктов, содержащих липиды, в первую очередь животные жиры и транс-жирные кислоты, следует жестко ограничить. Количество соли, ежедневно получаемой во всех видах, не должно превышать 6 г, а в случае артериальной гипертензии (АГ) – 5 г. Питание является важным фактором контроля гликемии у пациентов с сахарным диабетом и нарушением толерантности к глюкозе – при состояниях, ассоциированных с ростом риска развития ИМ и инсульта. [29]

Физическая активность. Поддержание индекса массы тела ниже 25–27 кг/м² в сочетании с адекватной физической нагрузкой не только благоприятно влияет на другие факторы риска, но и само по себе снижает риск инфаркта миокарда в среднем на 50%. Физические упражнения способствуют увеличению уровня липопротеинов высокой плотности, уменьшению уровня липопротеинов низкой плотности и триглицеридов, повышению чувствительности к инсулину, нормализации артериального давления (АД), а также улучшению эндотелиальной функции. Современные программы реабилитации больных, перенесших инфаркт и инсульт, также подразумевают раннюю активизацию больных и поэтапное расширение режима физической нагрузки. Грамотная программа реабилитации позволяет снизить общую смертность и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 25%. Отметим, что, рассчитывая повседневную нагрузку для больных, перенесших ИМ, удобно ориентироваться на частоту сердечных

сокращений, безопасный уровень которой не должен превышать 60% от максимальной. [44]

Отказ от курения. Курение приводит к снижению эластичности сосудистой стенки, увеличению ее ригидности, повреждению эндотелия, что является одним из основных звеньев развития и инфаркта миокарда, и инсульта. Кроме того, возрастает уровень фибриногена, агрегации тромбоцитов, гематокрит, в то время как концентрация липопротеинов высокой плотности в плазме снижается. Столь драматичные изменения приводят к двух-трехкратному росту вероятности развития инфаркта миокарда и двукратному – инсульта. Однако уже спустя 3–6 месяцев после отказа от вредной привычки риск сердечно-сосудистых катастроф снижается на 20–30%, а в течение первых трех лет уменьшается на 60%. Врачебная тактика должна включать следующее:

- выявление курящих лиц;
- определение степени зависимости, интенсивности курения и готовности перестать курить;
- строгую рекомендацию бросить курить;
- содействие прекращению курения с помощью поведенческой психотерапии и фармакотерапии, включая никотин-замещающие препараты;
- определение графика последующих визитов для контроля ситуации.

Эффективность наиболее активных стратегий с применением психотерапии, никотин-замещающих пластырей и таблеток достигает 40% (в течение годового периода наблюдения в случае полного отказа от курения). [19]

Алкоголь в малых дозах. Алкоголь обладает двойным – кардиопротективно-кардиопатогенным – действием на сердечно-сосудистую систему. Положительные его эффекты проявляются лишь при употреблении малых доз. Такой уровень потребления алкоголя ассоциируется со снижением риска развития АГ, ишемической болезни сердца (ИБС) на 37%,

ИМ – на 30–50%. Лишь немногие работы подтвердили эффективность алкоголя (<2 порций в сутки) в отношении профилактики ишемического инсульта. (Порция – доза чистого алкоголя, примерно равная 0,33 л пива или 150 мл вина.) Уже при приеме более 3 порций в сутки резко возрастает риск развития инсультов, особенно геморрагических и субарахноидальных кровоизлияний, ИБС, гипертензии, аритмий, внезапной смерти, алкогольной кардиомиопатии, а также рака груди у женщин. В нашем исследовании различий в клиническом течении алкогольной и идиопатической дилатационной кардиомиопатий первая достоверно чаще (в 43% случаев) сочеталась с атеросклеротическим поражением брахицефальных артерий. Как показало другое отечественное исследование, общая летальность в группе часто пьющих лиц выше на 61%, а летальность от сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь ИМ и инсультов, – на 105%. Таким образом, в России, в связи с отсутствием культуры употребления алкоголя, широко рекомендовать этот способ предотвращения сердечно-сосудистых заболеваний не представляется возможным. [19]

Отказ от употребления наркотиков. Внутривенное введение наркотических веществ увеличивает риск развития инсульта, с одной стороны, вследствие прямого действия на нервную ткань, с другой – ввиду стимуляции тромбообразования. Например, кокаин увеличивает не только вероятность инсульта, но и инфаркта миокарда, риск развития которого возрастает в 24 раза в первые 60 минут после его приема. На сегодняшний день нередко встречается сочетанное употребление алкоголя и кокаина. Образующийся при этом кока этилен оказывается еще более токсичным для мозга и миокарда веществом. Все это подчеркивает важность скорейшей реализации программ по борьбе с наркоманией в нашей стране. [29]

Психологические факторы. Важная роль в развитии ИМ таких факторов, как депрессия, потеря социальной поддержки, стрессы, тип личности А и инсульты, общепризнанная. Необходимость коррекции этих состояний – очевидная для психологов и психиатров – начинает осознаваться

интернистами. Применение образовательных и антистрессовых программ во вторичной профилактике имеет определенную доказательную базу. [30]

Контроль артериального давления. Клинические исследования демонстрируют тесную линейную корреляцию между риском ИМ и инсульта и повышением уровня артериального давления у пациентов с наличием или отсутствием сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе. Метаанализ 9 крупных клинических исследований ($n = 420\ 000$) показал, что повышение диастолического давления на 7 мм рт. ст. ассоциируется с ростом риска ИМ на 27%, инсульта – на 42%, а также сердечной недостаточности и болезней почек [41]. Соответственно при снижении диастолического АД на 5–6 мм рт. ст. можно ожидать уменьшения риска инсульта на 42%, ИБС – на 15%. [4]

Профилактика артериальной гипертензии. После принятия решения о начале терапии возникает вопрос о том, препарат какой группы (бета-блокатор, ингибитор АПФ (и АПФ), блокатор кальциевых каналов, диуретик или блокатор рецепторов ангиотензина II) следует выбрать в каждом конкретном случае. В настоящее время нет единого мнения относительно того, какой из этих классов препаратов наиболее эффективен. В качестве средств первичной профилактики препараты этих групп обладают примерно одинаковым превентивным потенциалом, и на первый план выходит задача достижения целевых цифр АД. Заметим, что на практике для этого, как правило, требуется более чем один препарат. Тиазидные и тиазидоподобные (индапамид) диуретики и иАПФ обычно рассматриваются в качестве терапии первой линии. Выбор между ними подчас затруднен ввиду различных результатов клинических исследований сравнительной эффективности препаратов этих классов.

Пропаганда здорового питания в современной России уделяется мало внимания. Однако сегодня, по нашему мнению, на фоне роста благосостояния граждан широкие образовательные программы в этой области востребованы как никогда.

Профилактика инфаркта миокарда, в зависимости от состояния больного, может быть первичной, направленной на предотвращение возникновения инфаркта, его развития, и вторичной, что предупреждает повторный инфаркт.

Профилактика - целый комплекс мероприятий, которые вносят изменения в образ жизни человека, его питание, заботу о собственном здоровье. [29]

Предупреждение тромбозов, метаболических нарушений, нарушения кровообращения обеспечивает защиту сердечной мышцы от развития некроза. На сохранение здоровья сердца влияет множество факторов, нельзя исключать ни один из них:

Физические тренировки. Не следует забывать, что сердце - это мышца, а уже потом драгоценный сосуд, нуждающийся в бережном хранении. Ему необходимы ежедневные нагрузки, соответствующие возрасту, весу и физической подготовке. Специалисты рекомендуют определять оптимальные нагрузки вместе со своим лечащим врачом. Все занятия начинаются с разминки, постепенно разогревающей мышцы. Затем переходят к более сложным упражнениям, завершая процедуру успокаивающими занятиями (потягивания, например). [26]

Отказ от вредных привычек. Желание сохранить свое сердце здоровым однозначно запрещает курение и употребление алкоголя. Под действием никотина сосуды сужаются, что осложняет течение ишемической болезни. Алкоголь активизирует все имеющиеся в организме заболевания, в том числе и ишемическую болезнь. Разовое употребление алкоголя в небольших дозах и во время еды допускается только с разрешения врача.

Контроль состава крови. Одновременное наличие ишемической болезни и сахарного диабета значительно усложняет ситуацию. Необходимо постоянно контролировать уровень сахара, чтобы иметь возможность своевременного обращения к эндокринологу для коррекции курса лечения.

Отслеживание уровня холестерина позволяет своевременно принять меры для предотвращения развития атеросклероза или его прогрессирования. [4]

Наблюдения за артериальным давлением. Повышение артериального давления многократно увеличивает нагрузку на сердце, заставляя его работать в опасном режиме. Для профилактики отказываются от посещения бани и сауны (по рекомендации врача), проходят соответствующий курс препаратов. [14]

В основном больным советуют:

Соблюдение диеты. Правильное питание - залог здоровья и надежной защиты от большинства опасных заболеваний. Тщательно сбалансированные блюда помогают обеспечить организм набором всех необходимых витаминов, восполнить потери кальция и других элементов, насытить белками, жирами, углеводами. Путь к здоровью начинается с отказа от копченой пищи, кондитерских сладостей, полуфабрикатов, содержащих консерванты и красители. Основная доля потребляемых жиров должна приходиться на растительные. Особое предпочтение следует отдать морепродуктов, рыбы, постной птицы. Ограничить потребление соли. [4]

Регулярное посещение своего врача. Обращение к кардиологу необходимо не только после появления неприятных ощущений или подозрений на развитие болезни. Ежегодное обследование помогает предотвратить возникновение опасных ситуаций, начать лечение на ранних сроках, когда оно наиболее эффективно. [18]

Контроль веса. Лишние килограммы повышают риск развития многих болезней, в том числе диабета, повышения артериального давления, которые перегружают сердце. Помочь в ситуации способен только опытный диетолог. Здесь важно не навредить организму еще больше бесконтрольным голоданием.

Предупредительная инфаркт миокарда профилактика невозможна без назначения пациентам ацетилсалициловой кислоты. Доказана способность препарата останавливать образования тромбов обеспечивает его

популярность у людей, входящих в группы риска, и людей, которые страдают от сердечно-сосудистых заболеваний. Для образования пристеночного тромба значение имеет процесс слипания тромбоцитов, именно его и меняет препарат. Средство, популярное благодаря обезболивающего и жаропонижающего действия, при небольших дозах имеет еще и антитромботический эффект. Циркуляция ацетилсалициловой кислоты в крови после приема отличается крайне небольшим промежутком времени. Однако даже его оказывается достаточно для получения ожидаемого положительного результата. Для ежедневного применения используют форму с маленькими дозировками, способными, однако, внести необратимые изменения в тромбоциты. Ацетилсалициловая кислота уже применяется в течение века. [23]

Согласно исследованиям, смертельный исход болезни сосудистого характера снижается на 25% в результате регулярного приема ацетилсалициловой кислоты. В ответ на вопрос о возможном развитии осложнения, побочное действие препарата специалисты уточнили, что все неприятные последствия зависят от дозировки. Если применять лекарственное средство в точном соответствии с предписаниями врача и под его контролем, то риск сводится к минимуму. [17]

Перенесенный инфаркт миокарда требует применения комплекса реабилитационных мероприятий наряду с одновременной профилактикой повторного инфаркта. Оценивая общее состояние здоровья пациента, наличие сопутствующих заболеваний, врач рекомендует сделать акцент на одной из четырех форм терапии. Для проведения вторичной профилактики обращаются к результатам всех исследований, провести которые вполне возможно (мониторирование, ЭКГ, эхокардиоскопия, радиовентрикулография, ВЭМ). [23] После оценки данных пациенту рекомендуется обратиться к мерам первичной профилактики, расширив ее:

Медикаментозной терапией. Для предотвращения образования тромбов и развития тромбозов используют антикоагулянты

непрямого действия и антиагреганты. Значительно снизить риск смерти у пациентов, перенесших инфаркт миокарда в результате фатальной желудочковой аритмии или сердечной недостаточности, позволяет прием бета-блокаторов. Предотвратить повторение инфаркта в первые полгода помогает прием антагонистов кальция. [17]

Физической терапией. Уже через 6 недель (но не позднее 8 недель после перенесенного инфаркта) пациенту необходимо пройти тест с нагрузкой. Он помогает выявить оптимальное дозирование физических нагрузок. Прежде чем приступать к упражнениям, получают разрешение врача, убедившись в отсутствии противопоказаний. [29] Одним из самых популярных упражнений является ходьба по ровной местности. На первом этапе это небольшие расстояния и маленькая скорость. С улучшением самочувствия аккуратно увеличивают скорость и расстояние. Завершения реабилитационного периода не означает отмены физических упражнений. Для тех, кому сложно заставить себя выполнять их в одиночку, существуют специальные спортивные группы. [31]

Лечебным питанием. В первую очередь диета должна быть антихолестериновой. Чем быстрее удастся снизить уровень холестерина в крови, тем безопаснее для организма. Пациенту следует разнообразить свой рацион свежими овощами и фруктами. [29]

Половой терапией. Прибегать к ней можно при соблюдении нескольких условий. О сексе больному запрещается даже думать ранее, чем через 1,5 месяца после перенесенного инфаркта. Такая нагрузка допустима, если удалось восстановить физическое здоровье организма и разрешения врача после проведения тестов.

1.3 Обучение пациентов приемам профилактики инфаркта миокарда

Эффективность контроля за общим сердечно-сосудистым здоровьем основывается на доверительных отношениях между медицинской сестрой и

пациентом. Партнерские отношения способствуют повышению приверженности к немедикаментозным и медикаментозным методам профилактики. Пациенты, как правило, считают медицинскую сестру наиболее надежным источником информации о здоровье. Медицинская сестра при общении с больным должна проинформировать пациента о связи между болезнью и образом жизни, необходимости изменения образа жизни – отказе от курения, повышении физической активности, необходимости здоровой диеты и т. д. [35]

Необходимо учитывать, что такие факторы, как сложные и неоднозначные советы медсестры, стрессовые ситуации на работе и дома, социальные проявления (одинокое люди), негативные эмоции (депрессия, тревога, враждебность), могут являться препятствием к изменению образа жизни.

Эффективность программ по снижению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний во многом обусловлены профилактикой. Профилактика ИБС включает наряду с борьбой с факторами риска, так же вторичную профилактику после инфаркта миокарда и перенесенного кардиохирургического лечения. Эффективность профилактических программ, в том числе зависит и от активного участия в них больных и их родственников. В первую очередь, профилактические программы ориентированы на лиц трудоспособного возраста, потому что они являются производителями тех благ, которые позволяют обеспечивать благосостояние всем слоям населения, от детей до взрослого населения, которое уже находится на заслуженном отдыхе. По данным ВОЗ здоровье населения зависит на 70% от образа жизни и наличия вредных привычек [51]. Поэтому важным направлением борьбы с факторами риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний является формирование здорового образа жизни. Во вторичной профилактике на первое место выступает взаимодействие медсестры и пациента, формирование стремления самого пациента улучшить своё состояние. Набор вмешательств,

предлагаемых на сегодняшний день для повышения приверженности пациентов к терапии, достаточно ограничен. Наиболее распространены различные образовательные программы для пациентов, различные способы напоминания пациенту о необходимости обследования и лечения (звонки, письма), различные психотерапевтические методики. В последние годы стала активно развиваться такая методологическая форма, как школы для пациентов, цель которых – не только улучшить информированность больных о своем заболевании, но и способствовать повышению приверженности к лечению, сформировать у них мотивацию к сохранению своего здоровья и повысить ответственность за здоровье как свою личную собственность.

Минимальный штат “школы обучения” состоит из специалиста, проводящего обучение - врача-кардиолога (терапевта) и медсестры. Решающую роль в долговременной эффективности лечения играют педагогическое построение урока и психологические аспекты, поэтому программы обучения больных ССЗ должны быть составлены по всем правилам педагогики и психологии. Успех обучения определяется формированием мотивации больных, использованием обратной связи, тренировки и повторения. [42]

Мотивация – это интерес и желание больного обучиться и выполнять необходимые терапевтические действия. При формировании мотивации решающее влияние оказывает поведение обучающего во время занятия (как именно он вовлекает больных в тренировку навыков самоконтроля, как объясняет новое, как учитывает индивидуальные проблемы больных). [] Так же важна для обучения обратная связь, состоящая в том, как обучающий реагирует на вопросы и ответы больных. Пациенты должны всякий раз четко понимать, насколько правильными являются их ответы. Во время занятий ведется непрерывный непрямой контроль усвоения материала, достижения целей обучения; проверяются практические навыки. Каждое занятие начинают с повторения материала предыдущего, его излагают сами больные, отвечая на вопросы обучающего. Таким образом, педагогические принципы

обучения строятся на доступном изложении («голова»), активном участии больного в тренировке и повторении пройденного («рука») и создании открытой и доверительной атмосферы («сердце»). Эти принципы соответствуют известным в педагогической психологии когнитивному («голова»), эмоциональному («сердце») и сенсомоторному («рука») уровням восприятия и поведения. Все рекомендации даются не в форме жесткого ограничения привычек и образа жизни больного, а в виде поиска путей к большей независимости от заболевания при поддержании хорошего качества лечения. Важную роль в работе школы для пациентов с ССЗ играют медицинские сестры. Предусматривается предварительное обучение сестер. [48]

Медицинские сестры ведут документацию, отражающую лечение конкретного пациента и его состояние. Особую роль играют медицинские сестры в разъяснении больным важности распознавания симптомов заболевания, а также в обсуждении с ними индивидуальных возможностей изменения образа жизни и модификации факторов риска. Сестры могут оказывать существенную помощь в консультациях больных по поводу объема социальной активности, вакцинации, контрацепции, а также контролировать правильность выполнения медицинских рекомендаций и физических нагрузок.

Занятия проводятся во время пребывания больного в стационаре, в поликлинике и на дому, а также допустимо сочетание этих мест обучения. В настоящее время активно обсуждается вопрос, когда следует начинать обучение пациентов. С одной стороны, занятия надо начинать как можно раньше, то есть в период госпитализации. Именно в стационаре у больного больше свободного времени для занятий и таким образом их посещение может быть более регулярным. Больной чаще контактирует с медицинским персоналом, что психологически лучше сказывается на его состоянии. Кроме того, контроль над такими пациентами легче проводить именно на этапе стационарного лечения. Неоднократно показано, что чем раньше больные

инфарктом миокарда начинают соблюдать диету, питьевой режим и заниматься физическими упражнениями (освоение которых в условиях стационара значительно облегчается), тем благоприятнее их прогноз и выше приверженность к лечению. С другой стороны, известно, что обучение, проводимое в период стационарного лечения, малоэффективно для изменения поведенческих привычек. Больной во время пребывания в стационаре, как правило, находится в тяжелом состоянии и для него, могут быть утомительны занятия в школе. Непродолжительный период госпитализации, тяжелое физическое и психологическое состояние больных с недавно установленным диагнозом инфаркт миокарда препятствуют эффективному обучению. Также проблемой проведения занятий только в стационаре является то, что после выписки больной, как правило, попадает под наблюдение другого врача, что может стать для него психологической проблемой. [42]

Амбулаторное обучение не исключает больного из привычной обстановки, дает ему возможность сразу же внедрить полученные знания и навыки в жизнь. Возможно, такая форма обучения более рациональна, так как больной находится в стабильном состоянии и ему легче адаптироваться к условиям жизни с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Обязательным условием эффективного обучения считается его повторение, а также положительное подкрепление. Как правило, невозможно сразу обучить больного всему необходимому; его состояние может со временем изменяться, что потребует дополнительного обучения, что гораздо легче выполнить опять же в амбулаторных условиях. К проведению школ на амбулаторном этапе следует подключать специально обученных медицинских сестер, которые будут посещать тяжелых больных на дому для контроля их состояния и выполнения рекомендаций, полученных в школе, что значительно повышает приверженность пациентов к лечению.

Еще один вариант обучения – это обучение на расстоянии, дистанционное обучение. В последнее время нередко используются

информационные бюллетени для больных, в которых содержится информация о причинах и клинических проявлениях заболевания, применяемых для ее лечения медикаментозных препаратах, а также предоставляются рекомендации по диете и физическим нагрузкам. Эта информация может рассылаться больным по почте. Но такой вариант обучения возможен только как подкрепляющий, так как он не предусматривает индивидуального подхода к лечению пациента. Так же к дистанционному обучению можно отнести использование видеороликов, компьютерных программ и интерактивное обучение на интернет-сайтах. Эти формы обучения получили известность в основном за рубежом. Возвращаясь к педагогическим основам, заметим, что, обучение наиболее эффективно при проведении его “живым лицом” – врачом, медицинской сестрой и т.д. Дистанционные средства обучения (аудио- и видеоролики, компьютерные программы, печатные материалы и т.д.) служат лишь дополнением к обучению “живым лицом” или применяются для контроля полученных знаний (но не навыков). Используемые сами по себе, в качестве основного средства обучения, они абсолютно не способны выполнить его главную задачу – формирование новых мотиваций и изменение поведения. Это еще один минус дистанционного обучения. [29]

Также одной из основных составляющих занятий в школе должна быть встреча обучающего с родственниками пациентов. На этой встрече врач, проводящий занятия, должен рассказать родственникам о всех проблемах, с которыми может столкнуться пациент с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Такие контакты улучшают прогнозы заболевания больных. Таким образом, нет однозначного мнения, какой вариант проведения школ для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями считать оптимальным. Должна присутствовать преемственность: обучение следует начинать занятия во время пребывания пациента в стационаре, но обязательно продолжить его на амбулаторном этапе, подключая дистанционные методы обучения и контроля.

2. АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА ПРИМЕРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МБЛПУ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА» ГОРОДА ВЕРХНЕГО УФАЛЕЯ

2.1 Краткая характеристика и история МБЛПУ «Центральная городская больница» города Верхнего Уфалея

Официальное наименование:

Полное: Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Центральная городская больница» города Верхний Уфалей

Сокращенное: МБЛПУ «Центральная городская больница» г.Верхний Уфалей

Место нахождения Учреждения: 456800, Челябинская область, г. Верхний Уфалей, ул. Суворова, д.6

Предметом и целями деятельности МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей является оказание медицинской помощи, в том числе:

- своевременное качественное обследование, лечение и реабилитация больных в стационарных и амбулаторных условиях;
- осуществление взаимодействия и преемственности с другими учреждениями здравоохранения по этапности оказания медицинской помощи;
- повышение качества и оперативности медицинского ухода и сервисное обслуживание больных;
- оптимизация планово-финансовой и хозяйственной деятельности;
- развитие материально-технической базы Учреждения;
- социальное развитие коллектива;
- внедрение достижений научно-технического прогресса;
- обеспечение готовности к работе в экстремальных условиях;
- соблюдение персоналом Учреждения этики и деонтологии;

- соблюдение санитарных норм и выполнение санитарно-эпидемиологического режима;
- бесперебойная работа лечебно-диагностической аппаратуры;
- бесперебойное снабжение Учреждения лекарственными препаратами, диагностическими и лечебными препаратами, предметами ухода за больными.

Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей – является лечебно-диагностическим и консультативным центром. Оказывает амбулаторно-поликлиническую (как плановую, так и экстренную), и круглосуточную - стационарную, соответствующую самым современным медицинским стандартам, помощь как жителям собственного, так и соседних районов.

На базе больницы предоставляются как бесплатные, в рамках программы обязательного медицинского страхования и территориальной программы государственных гарантий, так и платные медицинские услуги, в рамках платных медицинских услуг можно оформить справку на управление транспортным средством, справку на приобретение и ношение оружия, справку для трудоустройства на работу, а также, получить консультации специалистов и прочие виды услуг.

«Центральная городская больница» города Верхний Уфалей оснащена лечебным и диагностическим медицинским оборудованием, в учреждении редко внедряются достижения современной науки и техники, профилактические методики, обслуживание ведут квалифицированные специалисты, на базе учреждения созданы выездные бригады врачей специалистов для оказания различных видов медицинской, организационно методической и консультативной помощи.

«Центральная городская больница» г. Верхнего Уфалея — развивающееся и совершенствующееся лечебно-профилактическое учреждение, в работе организации используются самые современные информационные технологии, для удобства пациентов в работе используется

возможность электронной записи к врачу онлайн через сеть интернет при помощи сервиса "электронная регистратура".

Прикреплённое к лечебно-профилактическому учреждению обслуживаемое население города составляет около 20 тысяч человек. Кроме жителей города, здесь так же могут получить помощь и все жители прилегающих районов.

В структуре МБЛПУ «Центральная городская больница», в комплексе, присутствует поликлиника, многопрофильный круглосуточный стационар, стационар дневного пребывания при поликлинике, офисы врачей общей практики, отделение скорой медицинской помощи. Для обслуживания сельского населения – фельдшерско-акушерские пункты. Диагностическую службу представляют клиничко-диагностическая (общеклиническая и биохимическая) лаборатория, отделение ультразвуковой диагностики, кабинеты флюорографии, рентгенологический кабинет, службы ЛФК и физиотерапии.

Контролирующую функцию «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей осуществляют управление здравоохранения Челябинской области, территориальный орган Росздравнадзора по Челябинской области и территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области.

В настоящее время «Центральная городская больница» г. Верхнего Уфалея – достаточно оснащенное лечебное учреждение. В настоящее время сеть муниципальных учреждений здравоохранения города Верхнего Уфалея включает пять лечебно-профилактических учреждений общей мощностью 475 коек. Обеспеченность больничными койками 120, 7 на 20 тысяч населения. В городе работает 71 врач и 336 средних медицинских работников. Квалификационную категорию имеют, 193 средних медицинских работника, из них высшая и первая у 95, 3 процента средних медицинских работников.

В больнице пациенты могут быть обследованы рентгено - флюорографическим методом, функционирует эндоскопический кабинет. Больные получают ультразвуковое обследование. В течение двух лет работает маммографический аппарат, имеется физиотерапевтический кабинет.

Вопросы организации медицинского страхования населения и использования страховых средств определяется соответствующими законодательными актами.

Средняя ставка на должностные оклады устанавливаются на уровне не ниже средней заработной платы работников отрасли, согласно законодательства.

Интересы трудового коллектива представляет уполномоченный трудовым коллективом орган – профсоюзный комитет.

Больница самостоятельно устанавливает для своих работников дополнительные отпуска, сокращенный рабочий день.

Больница обеспечивает определенное количество рабочих мест для трудоустройства инвалидов, требующих социальной защиты. Больница обеспечена холодной, горячей водой, канализацией, централизованным отоплением, своя котельная.

Электроснабжение централизованное, согласно стандартам. В случаях чрезвычайных ситуаций существует аварийное электроснабжение.

Существует местный, городской, междугородный связь для персонала и таксофоны для больных и посетителей. Телефонизация осуществляется за счет удаленной АТС.

Функции и полномочия Учредителя осуществляет министерство здравоохранения города Челябинска (далее - Министерство).

Министерство в отношении Учреждения является главным распределителем бюджетных средств. Министерство осуществляет в порядке и пределах, определенных законодательством Российской Федерации и

Челябинской области, права и обязанности собственника в отношении имущества, находящегося в оперативном управлении Учреждения.

В своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами и законами Челябинской области, актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, иных федеральных государственных органов, Правительства Москвы, нормативными правовыми актами Министерства, а также настоящим Уставом.

«Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей является юридическим лицом - бюджетным учреждением (некоммерческой организацией), созданным в соответствии с законодательством Российской Федерации.

К больнице есть три пути подъезда. Наилучший путь подъезда на территорию центральной районной больницы - это подъезд для скорой помощи, легковых автомобилей персонала; для частных автомобилей посетителей есть стоянка за территорией больницы. Второй подъезд используется хозяйственными службами больницы. Третий подъезд используется в отдельных срочно экстремальных ситуациях. На данное время третий подъезд закрыт.

Территория центральной районной больницы ограждена от близлежащих частных домов. Территория больницы продуманно спроектирована и эстетично оформлена: есть достаточно места для подъезда транспорта, в парковой части разбиты клумбы, насажены деревья, проложены аллеи для прогулок больных и посетителей, поставлены лавки.

Главная особенность проекта - максимальная централизация и специализация вспомогательных служб. Компактное композиционное решение комплекса больницы стационар, хозяйственные службы.

МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей обеспечивает проведение комплекса профилактических лечебных, оздоровительных и других мероприятий.

История МБЛПУ «ЦГБ» города Верхнего Уфалея. В 1859 году на Верхнеуфалейском никелевом заводе действовал госпиталь, в 1898 году открылась больница на 6 коек, в 1908 году – больница обслуживала Верхне-, Нижне- Уфалейский и Суховязский заводы. Первым врачом был П. М. Плюхин. К концу 1880 годов имелись больница (земский врач А. Ф. Воробьев) и аптека. В 1925 в поселок прибыла первый зубной врач Х. С. Маркина, в 1934 году начал работу физкабинет, в 1935 установлен первый рентгеновский аппарат, организованы санитарные и педиатрические службы. Главным врачом больницы в 1930 год убыл А.К. Силантьев (профессор, доктор медицинских наук), затем А.В. Бердин. В 1955-85 больницу возглавлял Д. Я Пиратинский. В 1980-92 г. введены в строй детская молочная кухня, стоматологическая поликлиника, филиалы городской и детской поликлиники в поселке Никельщиков; построены новая больница с поликлиникой в поселке Нижний Уфалей (ныне ГКБ №3), детская больница в Верхнем Уфалее. На начало 21 века в городе сеть здравоохранения включала 5 лечебно–профилактических учреждений: ЦГБ (225 коек), ГКБ №2 (85 коек), ГКБ №3 (20 коек), туберкулезная больница (60 коек) и стоматологическая поликлиника всего на город приходилось 390 коек. Работало в среднем 70 врачей и около 300 человек среднего медицинского персонала. [47]

На сегодняшний день функционирует 5 ЛПУ с общей мощностью 475 коек, работает 71 врач и 336 человек среднего медицинского персонала.

Центральная городская больница №1 (ныне ЦГБ) введена в эксплуатацию в 1940 и стала головным лечебным учреждением в Верхнем Уфалее (тогда ГКБ №1). В ней были терапевтическое, хирургическое, детское, родильное и гинекологическое отделения. В годы Великой Отечественной войны располагался госпиталь №3115. В 1950 одну палату выделили для госпитализации туберкулезных больных, в 1952 году развернули туберкулезное отделение, в 1959 году в отдельном здании открылся стационар для больных на 45 коек, который в 1975 году стал

межрайонной туберкулезной больницей. В ходе преобразований из состава ГКБ№1 в 1971 году было выделено детское отделение, на его базе образована городская детская больница на 60 коек. В 1979 году ГКБ получила статус ЦГБ с возложением на нее функций горздравотдела. Включает стационар на 225 коек и поликлинику на 790 посещений в смену; обслуживает население Верхнего Уфалея, поселков Боровой, Иткуль, Коркодин, Октябрьский, Пригородный, Силач, Строителей, Черемшанка. Имеются отделения терапевтическое №2, хирургическое, реанимационное, травматологическое, родильное, гинекологическое. Заведующая терапевтическим отделением №2 О. И. Титова – победитель областного конкурса «Лучший врач года» в номинации «лучший терапевт года» (2000г.); участковый терапевт Н. М. Смеродва – лауреат премии губернатора Челябинской области (2001г.). [6]

2.2 Анализ среднего медицинского персонала МБЛПУ ЦГБ города Верхнего Уфалея

Эффективность организации работы на любом предприятии, учреждении, организации в основном зависит от качественного состава кадров, которые обеспечивают его деятельность, так как именно от квалификационного и общеобразовательного уровня зависит качество и правильность принятия и выполнение решений. Анализ качественного состава кадров проводится по таким признакам: по возрасту; по половому признаку; должностью; квалификацией; стажем работы и прочее.

В таблице 3, приведен состав кадров, работающих в МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей.

Таблица 3. Штатное расписание МБЛПУ «Центральная городская больница»
г. Верхний Уфалей по состоянию на 01.01.2016 г.

№ гг	Название структурного подразделения	Название должности	Количество штатных единиц
1	Поликлиника	Средний медицинский персонал	
		Старшая сестра медицинская поликлиники	1,0
		Сестра медицинская поликлиники (кабинет ортопеда-травматолога)	2,0
		Сестра медицинская поликлиники (кабинет хирурга)	1,0
		Сестра медицинская поликлиники (кабинет хирурга)	2,0
		Сестра медицинская поликлиники (кабинет офтальмолога)	1,5
		Сестра медицинская поликлиники (кабинет отоларинголога)	1,5
		Сестра медицинская поликлиники (кабинет отоларинголога)	2,0
		Сестра медицинская поликлиники (кабинет эндокринолога)	2,0
		2	Дневной стационар
Медрегистратор	2,0		
Сестра медицинская поликлиники (кабинет прививок)	1,0		
Сестра медицинская поликлиники (Проф. работ среди здоровых детей)	1,0		
Сестра медицинская поликлиники (кабинет кардиолога)	0,5		
ВСЕГО:	20,5		
Младший медицинский персонал			
Сестра-хозяйка	1,0		
Младшая сестра медицинская поликлиники (кабинет хирурга)	0,5		
Младшая сестра медицинская поликлиники (процедурный кабинет)	2,0		
Младшая сестра медицинская поликлиники (кабинет прививок)	2,0		
Младшая сестра медицинская поликлиники (регистратор)	2,0		
Младшая сестра медицинская поликлиники (кабинет отоларинголога)	1,0		
Младшая сестра медицинская поликлиники (кабинет офтальмолога)	1,0		
Младшая сестра медицинская поликлиники (кабинет участковых врачей)	0,5		
ВСЕГО:	10,0		
Итого	40,5		

		Средний медицинский персонал	
		Сестра медицинская дневного стационара	1,5
		Сестра медицинская дневного стационара	1,5
		Сестра медицинская дневного стационара	1,5
		ВСЕГО	4,5
3.		Младший медицинский персонал	
		Младшая сестра медицинская дневного стационара	1,25
		ВСЕГО:	1,25
		Итого	6,5
4.	Терапевтическое отделение	Средний медицинский персонал	
		Старшая сестра медицинская поликлиники (I педиатрическое отделение)	1,0
		Сестра медицинская поликлиники (участковая)	7,5
		Сестра медицинская поликлиники (участковая)	2,5
		Сестра медицинская поликлиники (участковая)	5,5
		Сестра медицинская поликлиники (участковая)	2,0
		Сестра медицинская поликлиники (участковая)	5,0
		Сестра медицинская поликлиники (кабинет прививок)	2,0
		ВСЕГО:	20,5
		Младший медицинский персонал	
		Младшая сестра медицинская поликлиники (кабинет участковых врачей)	4,75
		ВСЕГО:	4,75
		ВСЕГО:	4,0
5.	Хирургическое отделение	Средний медицинский персонал	
		Старшая сестра медицинская хирургического отделения	1,0
		Сестра медицинская хирургическая	2,0
		Сестра медицинская операционная	2,5
		Сестра медицинская постовая	6,0
		ВСЕГО:	11,5
		Младший медицинский персонал	
		Младшая медицинская сестра хирургического отделения	3,0
		ВСЕГО:	3,0
		Итого	18,5
6.	Родильное отделение	Средний медицинский персонал	
		Старшая акушерка родильного отделения	1,0
		Акушерка родильного отделения	4,0
		ВСЕГО:	5,0
		Младший медицинский персонал	3,0
		ВСЕГО:	3,0
7.	Инфекционное	Средний медицинский персонал	

отделение	Старшая сестра медицинская	1,0
	Медицинская сестра инфекционного отделения	3,0
	ВСЕГО:	4,0
	Младший медицинский персонал	3,0
	ВСЕГО:	3,0
	Итого	10,0
	ВСЕГО ПО БОЛЬНИЦЕ	152,75
	СРЕДНИЕ М/П:	106
	МЛАДШИЕ М/П:	24,0
	Всего штат: 148 СРЕДНИЕ М/П: 106 (высшая категория – 54, I категорию - 25)	

Анализируя данные таб. 3, можно сделать выводы, что аттестовано лишь 62% процента работающих в больнице. Более детальный анализ проведем по структурным подразделениям:

Поликлиника:

Средний медицинский персонал: утверждено – 20,5 (100%) ставок, занято – 20,5(100%) ставок (из них 4,0 (19,5%) ставки медицинских сестер, которые находятся в декретном отпуске). Аттестовано всего медицинских сестер 15(73%), из них I категории - 4(19,5%) не аттестованных - 0.

Дневной стационар: ставок м/с утверждено 4,5 (100%); занято - 4,5 (100%) (работает три медицинские сестры на 1,5 ставки).

Терапевтическое отделение: утверждены ставки медицинских сестер - 20,5 (100%); занято - 20,5 (100%). Аттестовано всего 9 (43,9%) работников. Имеют высшую категорию медицинские сестры – 1 (4,8%), I – 5 (24,3%), не аттестовано 5(24,3%).

Хирургическое отделение: утверждены ставки медицинских сестер – 12 (100%); занято – 12 (100%). Аттестовано всего 12 (100%) работников, высшая категория – 5 (41%), I – 3 (25%), не аттестовано 3 (25%).

Родильное отделение: утверждены ставки медицинских сестер - 5,0 (100%); занято - 5,0 (100%). Аттестовано всего 5 (100%) работников, высшая категория – 4 (80%), I – 1 (20%), не аттестовано 0.

Инфекционное отделение: утверждены ставки медицинских сестер – 6 (100%); занято – 3 (50%). Аттестовано всего 2 (33%) работника, высшая категория- 3 (50%), I - 0, не аттестовано 0.

Таблица 4. Укомплектованность кадрами МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей (%)

Показатели	2014год	2015год	2016 год
Укомплектованность средним м/п	92	93,3	98,1
Укомплектованность младшим м/п	95	94,8	97,8

Из анализа таблицы 4 прослеживается неудовлетворительная ситуация относительно укомплектованности кадрами МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей. Основные трудности в комплектации, связанные с отсутствием жилья и перспективой его получения, низким заработным жалованьем. Значительная часть работников пенсионного возраста, который порождает трудности с повышением квалификации и с последующей аттестацией.

Кадрами медицинских сестер поликлиника укомплектована почти на надлежащем уровне.

Аппарат управления осуществляет общее руководство работой подразделений больницы и поликлиники, подчиненный непосредственно главному врачу, который действует соответственно уставу больницы и положению о больнице согласно законодательству.

Главный врач представляет интересы трудового коллектива больницы. Он назначается и освобождается с должности заведующего отдела здравоохранения.

Заместитель главного врача, главная медицинская сестра, заведующие отделений, старшие медицинские сестры отделений назначаются и освобождаются с должности непосредственно главным врачом.

На должность заместителя главного врача из медицинской части назначается квалифицированный врач, который имеет квалификационную

категорию не ниже первой, и стаж работы по специальности из организации управления здравоохранения не меньше 5 лет.

На другие должности заместителей главного врача назначаются лица, которые имеют высшее медицинское образование и стаж работы по специальности не меньше 5 лет.

Проведем анализ общей структуры персонала по категориям занятых в лечебном и управленческом процессе (таблицы 5 и 6).

Как показывает таблица 5, наметились как негативные, так и положительные тенденции.

К положительным можно отнести прирост численности персонала на 8 штатных единиц, что говорит о повышении объемов предоставляемых услуг, улучшении их качества.

Таблица 5. Характеристика и динамика общей структуры персонала по категориям занятых в 2014 – 2016 годы

Категория занятых	2014 год		2015 год		2016 год		Отклонения абсолютные в 2016 к	
	Число, лиц	Удельный вес, %	Число, лиц	Удельный вес, %	Число, лиц	Удельный вес, %	2014	2015
Управленческий персонал	43	26.87	44	26.67	44	26.19	1	-
В том числе:								
- руководители	13	8.12	13	7.88	13	7.73	-	-
- специалисты	19	11.88	19	11.52	19	11.3	-	-
- технические работники	11	6.87	12	7.27	12	7.15	1	-
Медицинский персонал	117	73.13	121	73.33	124	73.81	7	3
ВСЕГО	160	100	165	100	168	100	8	3
Основной персонал на одного управляющего, лиц	2.72	-	2.75	-	2.82	-	0.1	0.07
Доля управленческого персонала, %	-	26.87	-	26.67	-	26.19	-0.76	-0.58

Негативной тенденцией является увеличение уровня нагрузки на одного управляющего в организации, что снижает эффективность управления и контроля за выполнением распоряжений, что составило 3.67% (с 2.75 человека да 2.82 штатных единицы).

Таблица 6. Анализ численности отдельных категорий работников за 2014 – 2016 годы

Показатели	2014 год	2015 год	2016 год	Отклонения абсолютные, в 2016 году к	
				2014	2015
Среднеучетная численность штатных работников, лиц	160	165	168	8	3
Из них:					
- работники основного состава, лиц	155	160	163	8	3
Кроме того:					
- совмещающие, лиц	4	4	4	-	-
- работающие по договорам гражданского характера, лиц	1	1	1	-	-

Из таблицы 6 видно, что подавляющее большинство персонала (более 95%) является основным трудовым ресурсом.

Социальная структура – характеризует персонал организации как совокупность групп, которые классифицируются по полу, возрасту, национальному и социальному составу, уровню образования, семейному положению.

Для проведения анализа социальной структуры персонала, в таблице 7 охарактеризуем его общую возрастную структуру.

Таблица 7. Характеристика и динамика возрастной структуры персонала

Возрастные категории	2014 год		2015 год		2016 год		Отклонения абсолютные в 2016	
	Число, лиц	Удельный вес, %	Число, лиц	Удельный вес, %	Число, лиц	Удельный вес, %	2014	2015
Персонал предприятия в целом								
Молодежь в возрасте 15 – 28 лет	25	15.6	23	13.9	28	16.6	3	5
29 – 40 лет	39	24.4	41	24.8	40	23.8	1	-1
41 – 50 лет	41	25.6	45	27.3	50	29.7	9	5
Предпенсионные годы	32	20	35	21.2	30	17.8	-2	-5
Пенсионные годы	23	14.4	21	12.8	20	12.1	-3	-1
ВСЕГО	160	100	165	100	168	100	8	3
Управленческий персонал								
Молодежь в возрасте 15 – 28 лет	1	0.6	1	0.6	1	0.59	-	-
29 – 40 лет	2	1.25	2	1.2	2	1.19	-	-
41 – 50 лет	33	20.62	33	20	32	19.04	-1	-1
Предпенсионные годы	6	3.8	6	3.67	7	2.99	1	1
Пенсионные годы	1	0.6	2	1.2	2	1.19	1	-
ВСЕГО	43	26.87	44	26.67	44	26.19	1	-
Основной персонал								
Молодежь в возрасте 15 – 28 лет	24	15	22	18.18	27	21.77	3	5
29 – 40 лет	37	23.1	39	32.23	38	30.64	2	-1
41 – 50 лет	8	5	12	9.91	18	14.51	10	6
Предпенсионные годы	26	16.25	29	23.96	23	18.55	-3	-6
Пенсионные годы	22	13.78	19	15.72	18	14.53	-4	-1
ВСЕГО	117	73.13	121	73.33	124	73.81	7	3

Как показывает расчет структуры, проведенный в таблице 7, большая часть персонала относится к старшей возрастной группе (старше 40 лет), что говорит о достаточно высоком опыте и квалификации персонала предприятия.

В таблице 8 охарактеризуем общую структуру персонала по уровню образования.

Таблица 8. Характеристика и динамика образовательной структуры персонала в 2014– 2016 годы

Уровень образования	2014		2015		2016		Отклонение абсолютные, 2016 год к	
	Число, лиц	Удельный вес, %	Число, лиц	Удельный вес, %	Число, лиц	Удельный вес, %	2014	2015
Среднее образование из них: - управленческий персонал	17	10.6	21	12.7	24	14.28	7	3
Медицинские сестры, имеющие высшую категорию	50	31,25	48	29,09	54	32,1	4	6
Медицинские сестры, имеющие первую квалификационную категорию	15	9.37	13	7.88	25	14.8	10	12
ВСЕГО	160	100	165	100	168	100	8	3

Как показывает таблица 8, в МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей наметились значительные негативные тенденции, выраженные в следующем:

- по сравнению с 2014 годом в 2016 году произошло значительно сокращение врачей, которые имеют квалификационные категории – в 2014 году вторую квалификационную категорию имели 18 человека, в 2016 году – 1 человек. Такая же тенденция прослеживается и с врачами, которые имеют высшую и первую квалификационные категории соответственно.

Персонал административно-хозяйственной части по уровню квалификации подразделяется на 4 группы: высококвалифицированные, квалифицированные, малоквалифицированные и неквалифицированные. Они выполняют разные по сложности работы и имеют неодинаковую профессиональную подготовку (таблица 9).

Таблица 9. Характеристика производственного персонала по группам работников по уровню квалификации за 2014 – 2016 годы

Квалифицированные группы работников	Основные выполняемые работы	Срок подготовки, стажировки, опыт	Удельный вес в общей численности работников, %		
			2014	2015	2016
Высококвалифицированные	Особенно сложные и ответственные работы	Более 2 – 3 лет Периодические стажировки Большой опыт работы	12.8	10.7	19.3
Квалифицированные	Сложные работы	1 – 2 года Немалый опыт работы	38.5	30.6	21
Малоквалифицированные	Несложные работы	Несколько месяцев Малый опыт работы	25.6	28.9	26.6
Неквалифицированные	Вспомогательные и обслуживающие работы	Не имеют специальной подготовки	23.1	29.8	33.1

Таблица 9 демонстрирует негативную тенденцию предприятия: за 2014 – 2016 годы значительно снизился уровень образования персонала, о чем говорят показатели снижения удельного веса персонала с полным высшим образованием и одновременно увеличение неквалифицированных работников в структуре. Увеличение удельного веса неквалифицированного персонала составило 10% (33.1% - 23.1%).

Охарактеризуем персонал МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей по стажу работы (таблица 10).

Как показывает таблица 10, на предприятии произошло увеличение персонала со стажем работы от 1 до 5 лет, то есть опыта работы еще недостаточно на предприятии, что снижает уровень оказания услуг населению.

Таблица 10. Характеристика и динамика персонала по стажу за 2014 – 2016 годы

Стаж работы	2014		2015		2016		Отклонения абсолютные 2016 года к	
	Число, лиц	Удельный вес, %	Число, лиц	Удельный вес, %	Число, лиц	Удельный вес, %	2014	2015
Менее 1 года	10	6.25	9	5.45	8	4.76	-2	-1
1 – 3 года	15	9.37	16	9.69	17	10.12	2	1
3 – 5 лет	20	12.5	24	14.54	33	19.64	13	9
5 – 10 лет	95	59.37	92	55.75	85	50.59	-10	-7
10 – 20 лет	15	9.37	20	12.12	20	11.9	5	-
Более 20 лет	5	3.14	4	2.45	5	2.99	-	1
ИТОГО	160	100	165	100	168	100	8	3

В таблице 11 проанализируем персонал по полу.

Таблица 11. Характеристика персонала по полу на 2014 – 2016 годы

Пол	Число по годам, лиц			В % к общей численности			Отклонения абсолютные 2016 от	
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015
Персонал в целом								
Женщины	106	111	113	66.25	67.27	67.26	7	2
Мужчины	54	54	55	33.75	32.73	32.74	1	1
Управленческий персонал								
Женщины	12	14	14	7.5	8.48	8.33	2	-
Мужчины	31	30	30	19.37	18.18	17.85	-1	-
Основной персонал								
Женщины	94	97	99	58.75	58.77	58.93	5	2
Мужчины	23	24	25	14.38	14.55	14.89	2	1
ВСЕГО	160	165	168	100	100	100	8	3

Как показывает половая структура персонала, представленная в таблице 11, на предприятии имеет место устойчивая тенденция увеличения женщин в штате, чем мужчин.

Кроме того, можно отметить высокий удельный вес женщин в управленческом персонале. Сказывается низкий уровень оплаты труда.

Проведем анализ движения персонала МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей, для чего используем предлагаемую табличную форму и порядок расчета.

Таблица 11. Характеристика и динамика показателей движения персонала за 2014 – 2016 годы

Показатели	2014 год		2015 год		2016 год		Отклонения абсолютные 2016 года к	
	Число, лиц	Удельный вес, %	Число, лиц	Удельный вес, %	Число, лиц	Удельный вес, %	2014	2015
Средняя численность персонала, лиц	160	100	165	100	168	100	-	-
Уволено работников, лиц	3	1.87	2	1.21	1	0.59	-2	-1
Из них:								
- по собственному желанию	2	1.25	1	0.6	1	0.59	-1	-
- сокращению штата	1	0.62	1	0.6			-	-
- за нарушение дисциплины								
Число отработанных часов за год	264 000	-	283 140	-	277 200	-	13 200	-5 940
Число потерянных часов за год	17 600	-	7 260	-	18 480	-	880	11 220

Как показывает таблица 11, кадровая политика проводится недостаточно эффективно, так как за период 2014 – 2016 годы произошло значительное увеличение неиспользованного рабочего времени, - почти в 2.5 раза (18 480 часов против 7 260 часов), что значительно сокращает производительность труда.

Таблица 12. Характеристика и динамика показателей текучести персонала и их динамика за 2014 – 2016 годы

Показатели	2014	2015	2016	Отклонения в % 2016 года к	
				2014	2015
Коэффициент обновления персонала, %	1.87	4.85	1.78	95.2	36.7
Коэффициент выбытия персонала, %	1.87	1.21	0.59	31.5	48.76
Коэффициент текучести кадров, %	1.25	0.6	0.59	47.2	98.3
Коэффициент абсентеизма, %	6.67	2.56	6.67	-	260.5
Коэффициент внутренней мобильности, %	1.87	1.82	2.38	127.2	130.76

Как показывает таблица 12, на предприятии за анализируемый период 2014 – 2016 годы значительно сократились показатели текучести кадров, что является положительным моментом, так как повышается сплоченность коллектива.

Таким образом, мы можем прийти к выводу, что уровень обеспеченности кадрами врачей в Верхнем Уфалее очень низкий. Снижение показателей обеспеченности населения района медицинским персоналом высшего звена обуславливается преимущественно уменьшением численности врачей всех специальностей. Сохраняется стабильность в уровне обеспечения населения района медицинскими сестрами и младшими медицинскими работниками. За счет обеспеченности средними медработниками уровень оказания помощи населению Верхнего Уфалея еще остается «на плаву». Так как, хорошо известно, что сестринский персонал работает с пациентами с первых минут его обращения за помощью и до окончательного выздоровления или улучшения. Именно от профессиональной компетентности и личностно-психологических качеств медицинских сестер зависит качество помощи пациентам.

2.3 Материалы и методы исследования

В нашем исследовании для того, чтобы оценить методы, которые применяются в терапевтическом отделении для профилактики заболевания у пациентов, мы использовали:

1. Метод наблюдения — это метод сбора информации путем непосредственного, целенаправленного и систематического восприятия и регистрации социально-психологических явлений (фактов поведения и деятельности) в естественных или лабораторных условиях. Метод наблюдения может использоваться как один из центральных, самостоятельных методов исследования.

По условию организации был проведен полевой метод наблюдения (наблюдение в естественных условиях). Объектом наблюдения являются отдельные люди, малые группы (пациенты терапевтического отделения) и социальные процессы, происходящие в них (профилактическая работа отделения).

Цель данного метода - методы проведения профилактики на примере МБЛПУ «Центральная городская больница» города Верхнего Уфалея и как часто проводятся профилактические беседы.

Метод наблюдения использован с целью выявления наглядных средств профилактики: наличие объявлений, плакатов, бюллетеней, которые могли бы быть полезны для пациентов отделения.

2. Социологический метод, а именно анкетирование. Нами была использована «Анкета степени информированности пациентов о факторах риска инфаркта миокарда» (Приложение 1), которая состоит из 18 вопросов, ответы на которые: - да; - нет; - затрудняюсь ответить. В анкетировании принимали участие 30 респондентов, 17 из которых перенесли инфаркт миокарда, а 13 находились на стационарном лечении с ССЗ.

Респонденты:

1. Иванов А.А. мужчина, 55 лет, Диагноз: ИМ

2. Аганов И.Д. мужчина, 48 лет, Диагноз: ИМ
3. Крячек А.Н. женщина, 57 лет, Диагноз: Стенокардия напряжения
4. Михеда Ю.О. женщина, 51 год, Диагноз: ИМ
5. Козин П.Г. мужчина, 43 года, Диагноз: ИМ
6. Салехов Р.Д. мужчина, 65 лет, Диагноз: Гипертонический криз
7. Савельев И.Д. мужчина, 42 года, Диагноз: Стенокардия напряжения
8. Гаевая Ю.С. женщина, 48 лет, Диагноз: гипертония
9. Нечаев И.М. мужчина, 51 год, Диагноз: гипертония
10. Глухов И.А. мужчина, 61 год, Диагноз: гипертония
11. Копылова Л. Г. женщина, 68 лет. Диагноз: Кардиомиопатия
12. Раскачак З. В. женщина, 46 лет. Диагноз: ИМ
13. Пробин М. С. мужчина, 86 лет. Диагноз: ИМ
14. Клименго И. М. мужчина, 54 года. Диагноз: ИМ
15. Расулов М. А. мужчина, 64 года. Диагноз: ИМ
16. Рахмангулова А. Э. женщина, 57 лет. Диагноз: гипертония
17. Муратшина Ю. У. женщина, 78 лет. Диагноз: ИМ
18. Уланова Ю. А. женщина, 81 год. Диагноз: ИМ
19. Зайцев Д. В. мужчина, 53 года. Диагноз: Кардиомиопатии
20. Пискарь Т. В. женщина, 49 лет. Диагноз: Стенокардия напряжения
21. Трапезникова А. Г. женщина, 67 лет. Диагноз: ИМ
22. Баймухаметов А. Р. женщина, 80 лет. Диагноз: Стенокардия напряжения
23. Болохнин Н. С. мужчина, 71 год. Диагноз: ИМ
24. Плюхина Е. В. женщина, 47 лет. Диагноз: ИМ
25. Корытина В. С. женщина, 52года. Диагноз: ИМ
26. Понамарев А.Д. мужчина, 67 лет. Диагноз: Кардиомиопатии
27. Буханько П. В. мужчина, 60 лет. Диагноз: ИМ
28. Перфильев Р. Ю. мужчина, 74 года. Диагноз: Гипертонический криз
29. Балакина Е. О. женщина, 49 лет. Диагноз: ИМ
30. Карпов А.Н. мужчина, 61 год. Диагноз: ИМ

2.4 Анализ организации профилактической работы

В процессе наблюдения за методами, которые использует в своей практике МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей с целью профилактики инфаркта миокарда, я оценила обеспеченность больницы наглядной агитацией.

В коридоре отделения размещены плакаты, но их содержание носит больше информационный характер, но не профилактический. Так, например, размещены плакаты: «Здоровье - это твоё право. 5 правил здорового сердца» (Приложение 2), «Инфаркт миокарда» (Приложение 3), «Наше здоровье - в наших руках» (Приложение 4) и др.

Плакат «Инфаркт миокарда» говорит не о профилактике, а о самом заболевании, плакат «Наше здоровье - в наших руках» вообще несет устаревшую информацию, в нем говорится о том, что 2015 год объявлен Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России.

Больные между собой говорят преимущественно не о профилактике, а о самой болезни, делятся своими переживаниями, рассказывают о пережитых ощущениях, сравнивают течение болезни.

Средний медицинский персонал должным образом не уделяет внимание профилактике инфаркта миокарда. Загруженность медицинской сестры, низкий уровень заработной платы сказывается на ее душевном состоянии. Медицинские сестры выполняют манипуляции без проведения профилактических бесед с пациентами.

При поликлинике функционирует школа здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, но при выписке из стационара пациенту не предлагается посещать занятия.

Удовлетворенность пациентов профилактическими мероприятиями.

В ходе проведенного наблюдения, мы пришли к выводу, что пациенты МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей не

удовлетворены профилактической работой терапевтического отделения по борьбе с инфарктом миокарда.

Не проводятся беседы с пациентами средним медицинским персоналом по профилактике инфаркта миокарда, нет информационных плакатов, брошюр, в которых бы подробно был расписан профилактический режим. Для того, чтобы пациенту задать вопрос лечащему врачу, нужно «вылавливать» врача в коридоре. Нет часов приема у врача пациентов для проведения консультаций.

Единственная причина инфаркта, на которую человек повлиять не может, это наследственность. Известно, что если хотя бы у одного из близких родственников были сердечно-сосудистые заболевания, то риск унаследовать эту проблему многократно возрастает. Особенно на фоне нездорового образа жизни.

Из опрошенных пациентов, почти половина 49% узнали о профилактике от своих родных, 21% - от медицинского персонала, 20% - о профилактике узнали из СМИ, 5% - не хотят думать о профилактике, 3%- не собираются менять образ жизни, 2%- им все равно.

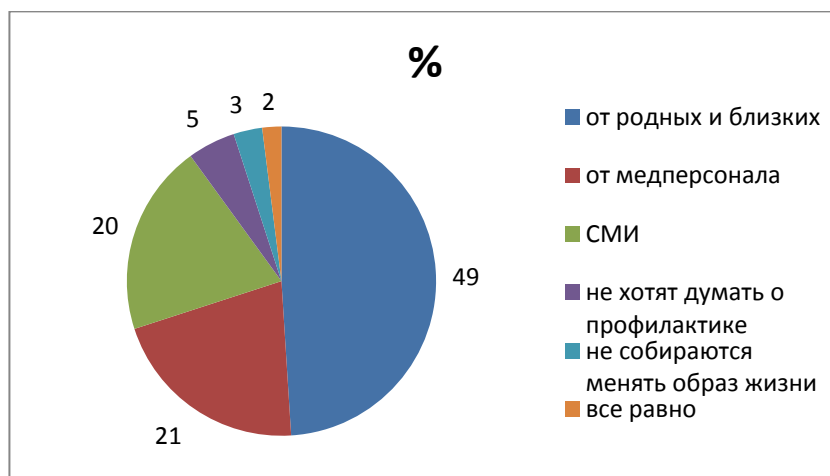


Рисунок 5. Информация, полученная о профилактике инфаркта

Также пациенты были опрошены по поводу проведения с ними бесед медицинскими сестрами. Из числа опрошенных пациентов 52% ответили, что беседы проводились медсестрами, 18% пациентов - сами расспрашивали

медицинских сестер о профилактике, 20%- ответили, что о профилактике от медицинских сестер не слышали ничего, 5% - не интересовались, 5% - им было отказано в проведении профилактических бесед.

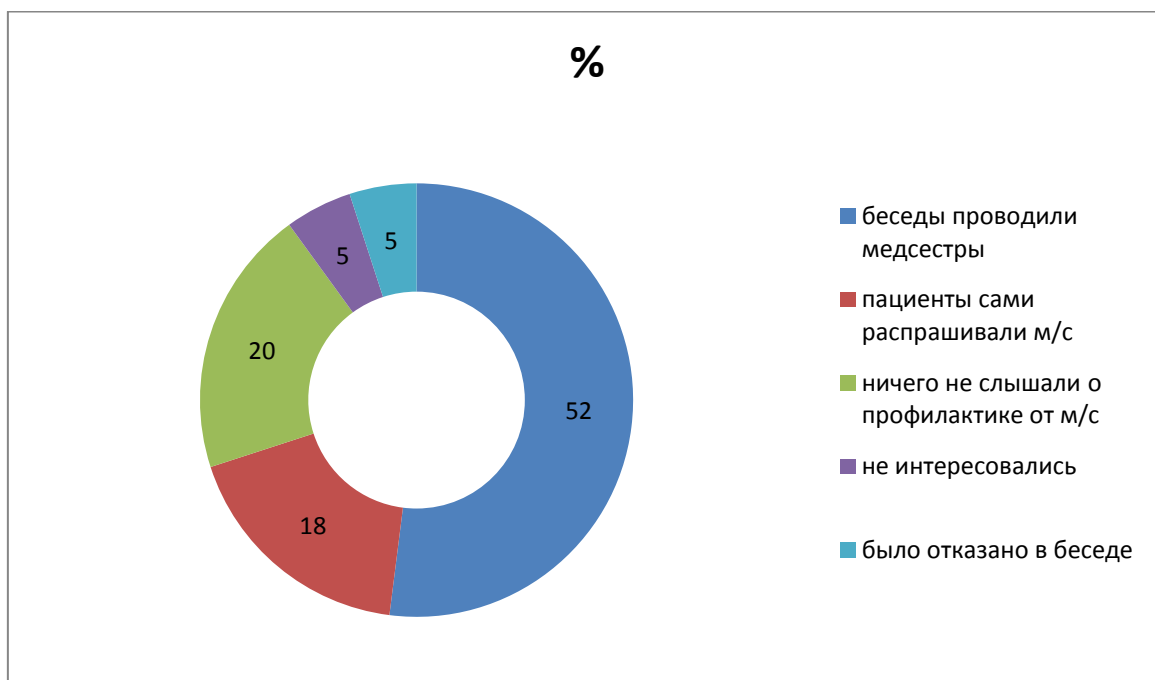


Рисунок 6. Профилактические беседы, проводимые с пациентами медсестрами отделения

На вопрос о том, видели ли пациенты плакаты, 85% - опрошенных ответили - да, 10%- плакаты видели, но не читали их содержание, 5% - не обращали внимание на плакаты и их содержание.

Рис.7. Видели ли плакаты пациенты?

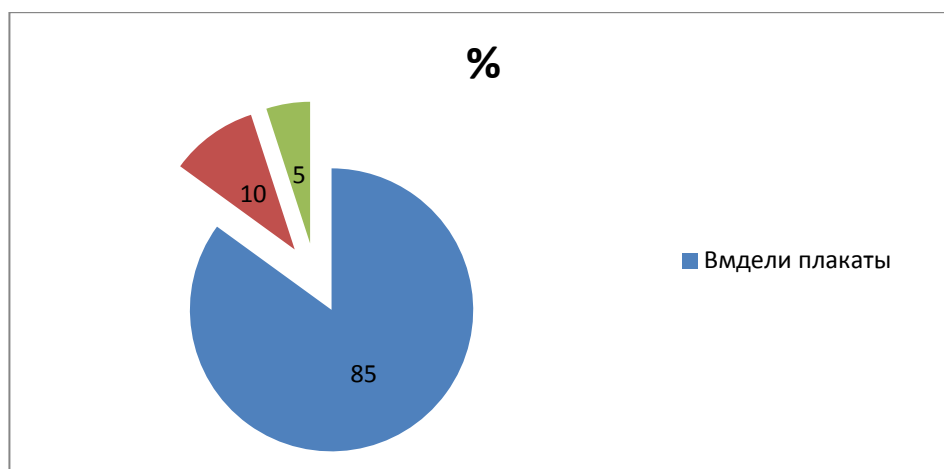


Рисунок7. Видели ли плакаты пациенты?

На вопрос, готовы ли вы изменить свой образ жизни?, пациенты ответили: 75% - заявили, что готовы, 10% - затруднились ответить, 10% - готовы поменять, но не всё, 5%- не хотят ничего менять.

Результаты опроса представлены на рисунке 8.

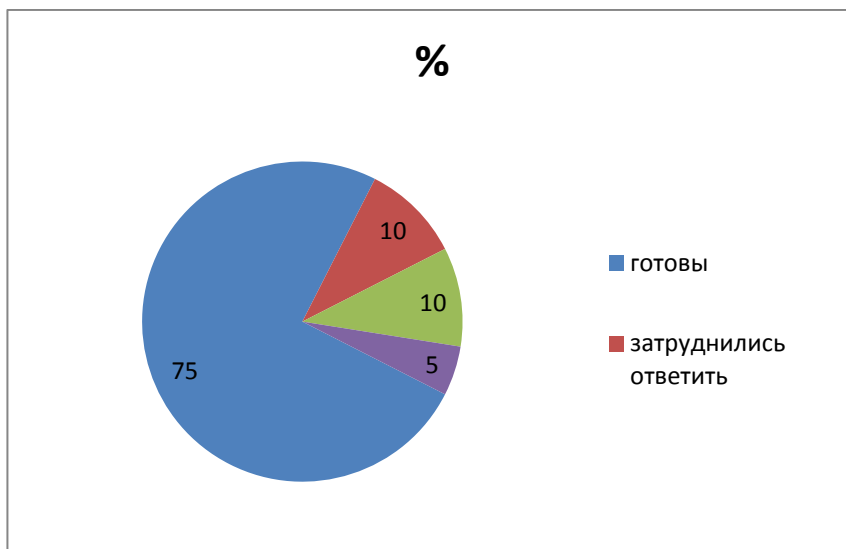


Рисунок 8. Готовы ли вы изменить свой образ жизни?

На вопрос: удовлетворены ли вы профилактической работой стационара, 85% -пациентов ответили – нет, 10% - ответили – да, 5% - сказали, что им все равно.

В ходе исследования, мы пришли к выводу, что профилактике уделяется в стационаре недостаточно внимания, не проводится информационная пропаганда здорового образа жизни, нет информационных плакатов, брошюр, листовок, не проводятся беседы среднего медперсонала по поводу профилактики. Пациенты стационара (85%) не довольны профилактической работой отделения, это высокий показатель.

Таким образом, низкая эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи, отсутствие системы амбулаторного долечивания, а также несовершенство организации работы скорой медицинской помощи привели к тому, что стационарная помощь выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья населения. При этом, по сути, стационарная медицинская помощь необходима лишь при

заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных методов обследования и лечения с использованием современной медицинской техники, оперативных вмешательств, постоянного круглосуточного врачебного наблюдения и интенсивного ухода.

Таким образом, необходимо совершенствование организации профилактических мероприятий МБЛПУ «Центральная городская больница» г. Верхний Уфалей.

Рекомендации по улучшению профилактической работы МБЛПУ «ЦГБ» г. Верхнего Уфалея:

1. Усилить информационную пропаганду профилактики инфаркта миокарда: создавать брошюры, подготовить листовки распространять по учреждениям здравоохранения Верхнеуфалейского городского округа;

2. Разработать плакаты о профилактике инфаркта миокарда, развесить их в коридорах лечебных учреждений;

3. Завести журнал для контроля проводимых бесед медицинскими сестрами, с росписью пациентов;

4. Рекомендовать пациентам при выписке из стационара продолжать посещать школу здоровья для дальнейшего обучения приемам профилактики инфаркта миокарда.

3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Результаты исследований свидетельствуют, что наиболее распространенной причиной повторных госпитализаций после ИМ является невыполнение больным рекомендаций врача. Поэтому, одним из прогрессивных подходов к решению вопросов по повышению приверженности больных к активному участию в программах физической реабилитации и вторичной профилактики ИМ, является организация системы обучения больных в «Школе здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и внедрения дистанционного обучения. Участие последних в образовательных программах формирует у них правильное представление о самой болезни, факторы риска ее возникновения и условия протекания, что позволяет четче выполнять комплекс рекомендаций в течение длительного времени, формирует активную жизненную позицию самих больных и их близких в дальнейшем процессе выздоровления. Обучение правилам самоконтроля основных физиологических параметров организма, профилактических методов позволяет уменьшить риск развития осложнений ИМ, что способствует стабилизации состояния больных и снижению показателей госпитализации.

Круг вопросов, с которыми нужно ознакомить больных после ИМ, достаточно широк. Больной должен знать суть своего заболевания и выработать правильное отношение к нему, знать цель и ожидаемый эффект от проводимых мероприятий.

С этой целью открыта «Школа здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями», которую предложено посещать больным после ИМ после выписки из стационара.

Основными задачами функционирования «Школы» являются:

- повышение информированности больного относительно его заболевания и факторов риска развития данной патологии и ее прогрессирования;

- обучение практическим навыкам оказания первой доврачебной помощи в случаях обострений, кризов и острых эпизодов болезни;

- обучение правилам самоконтроля основных физиологических параметров организма, методов профилактики с целью уменьшения риска развития осложнений, стабилизации состояния пациента и снижению показателей госпитализации;

- обучение средствам ЛФК (элементы занятий, дыхательной гимнастики, подъема по ступеням);

- формирование активной жизненной позиции самих больных и их близких в дальнейшем процессе выздоровления, направленной на выполнение комплекса рекомендаций специалистов в течение длительного времени.

Методика обучения пациентов в Школе здоровья включает групповое обсуждение большинства проблем, актуальных для больных после ИМ (режим физической активности, обучение элементам самоконтроля, самопомощи в случае приступов стенокардии напряжения, факторы риска сердечно-сосудистой патологии, рациональное питание, психологические проблемы, восстановление брачных отношений и др.). Предоставление необходимой информации, советов и практических рекомендаций в определенном алгоритме обучения. Информация представляется в доступной форме с использованием мультимедийного сопровождения, иллюстрируется практическими примерами, что делает ее убедительной и понятной для больных. Главную роль долговременной эффективности обучения играют педагогическое построение урока и психологические аспекты, поэтому программы обучения больных после ИМ составлена по всем психологическим принципам обучения. Успех обучения определяется

формированием мотивации больных, использованием обратной связи, тренировкой и повторением.

Мотивация – это интерес и желание больного научиться и выполнять необходимые действия.

При формировании мотивации решающее влияние оказывает поведение педагога во время занятия (как именно он вовлекает больных к тренировочному процессу выработки навыков самоконтроля, как объясняет новый материал, учитывает, как индивидуальные особенности больных).

В учебном процессе достаточно важна обратная связь, которая заключается в том, как именно педагог отвечает на вопросы больных. Каждый раз во время занятий должен вестись непрерывный косвенный контроль усвоения материала аудиторией, должны быть достигнуты цели обучения, должны проверяться практические навыки. Каждое занятие в Школе должно начинаться с повторения предыдущего материала в виде ответов на вопросы педагога. Еще одним педагогическим инструментом обучения больных, которые посещают занятия в «Школе» не систематически, а также для повышения их самообразования и самоорганизации рекомендовано использовать дистанционную форму обучения с помощью информационного интернет-сайта поддержки больных после инфаркта миокарда (например: <http://heart.vrach.ru/>), который не исключает, а существенно дополняет структурированную программу занятий в «Школе» и оптимизирует деятельность последней.

Структура сайта должна быть построена таким образом, что больной самостоятельно в домашних условиях может ознакомиться с важной информацией, которая касается его заболевания, а именно: актуальность проблемы острого инфаркта миокарда; анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы; какие проблемы возникают у больного с заболеванием сердца и как их преодолеть; проблема высокого сердечно-сосудистого риска; факторы риска сердечно-сосудистой патологии; жизнь после инфаркта миокарда; медикаментозное лечения ИМ; правила

приема лекарств; самопомощь в случае приступа стенокардии напряжения; реабилитация после инфаркта миокарда; как правильно измерять артериальное давление; питание после перенесенного инфаркта миокарда; двигательная активность после инфаркта миокарда; восстановление супружеских отношений после инфаркта миокарда; наиболее распространенные мифы о больном сердце.

Также система обратной связи позволяет больному получить ответы специалистов на поставленные вопросы.

Следовательно, такая методологическая форма обучения больных после инфаркта миокарда, как «Школа для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и использование дистанционной формы обучения с помощью интернет-сайта поддержки больных улучшит информированность больных о своем заболевании, будет способствовать повышению приверженности больных к активному участию в программах физической реабилитации и вторичной профилактики ИМ, повысит ответственность, сформирует у них мотивацию к сохранению своего здоровья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сердечно-сосудистая система подвергается самым различным заболеваниям. Одно из самых серьезных - инфаркт миокарда, поскольку он часто заканчивается летальным исходом. Во всем мире он становится самой распространенной причиной смертности. Если поразил инфаркт, первое, что нужно помнить - жизнь продолжается. Придерживаясь некоторых правил, можно прожить полноценную жизнь, богатую хорошими впечатлениями.

После инфаркта миокарда больному необходима реабилитация, направленная на восстановление физического здоровья и психического состояния. От точности соблюдения рекомендаций врача зависит самочувствие больного. Родственники должны быть терпимыми к больному и помнить, что в реабилитационный период пациент должен больше двигаться и обязательно делать комплекс лечебных упражнений.

Комплекс восстановительных мероприятий, проводимых после инфаркта миокарда, это несколько составляющих:

- строгая диета,
- прием лекарственных препаратов,
- умеренные физические нагрузки,
- лечебная гимнастика,
- психологическая реабилитация.

Комплекс мероприятий после инфаркта требует обязательного медицинского контроля. Основная задача - помочь пациенту, который перенес инфаркт миокарда, быстро восстановить физические параметры, по возможности до прежнего уровня активности. При этом следует обеспечить снижение риска новых приступов и других кардиологических нарушений.

Все реабилитационные мероприятия направлены на решение следующих задач:

физическая - нормализация работы сердца и сосудов, восстановление трудоспособности больных, получение нормальной реакции на нагрузку, на это понадобится от двух до шести недель регулярных тренировок,

психологическая - у больных, перенесших инфаркт миокарда, нередко развивается страх перед новым приступом, поэтому важна моральная поддержка, возможен прием психотропных средств,

подготовка к самостоятельной жизни и возвращению к работе. Первые четыре месяца после болезни пациент считается нетрудоспособным, после чего направляется на комиссию. К этому времени пятьдесят процентов больных снова начинают работать, то есть работоспособность полностью восстанавливается. Если выявлены осложнения, устанавливается группа инвалидности.

Длительность реабилитации и комплекс лечебных мероприятий подбирается строго в индивидуальном порядке.

Поэтому одним из прогрессивных подходов к решению вопросов по повышению приверженности больных к активному участию в программах физической реабилитации и вторичной профилактики ИМ, является организация системы обучения больных посредством создания «Школ для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и внедрения дистанционного обучения.

Основными задачами функционирования «Школы» являются:

- повышение информированности больного относительно его заболевания и факторов риска развития данной патологии и ее прогрессирования;
- обучение практическим навыкам оказания первой доврачебной помощи в случаях обострений, кризов и острых эпизодов болезни;
- обучение правилам самоконтроля основных физиологических параметров организма, методов профилактики с целью уменьшения риска развития осложнений, стабилизации состояния пациента и снижению показателей госпитализации;

- обучение средствам ЛФК (элементы занятий РГГ, ЛГ, дыхательной гимнастики, подъема по ступеням);

- формирование активной жизненной позиции самих больных и их близких в дальнейшем процессе выздоровления, направленной на выполнение комплекса рекомендаций специалистов в течение длительного времени.

Следовательно, такая методологическая форма обучения больных после инфаркта миокарда, как «Школа для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и использование дистанционной формы обучения с помощью интернет-сайта поддержки больных улучшит информированность больных о своем заболевании, будет способствовать повышению приверженности больных к активному участию в программах физической реабилитации и вторичной профилактики ИМ, повысит ответственность, сформирует у них мотивацию к сохранению своего здоровья.

Важно помнить, что беречь здоровье надо, пока оно есть. Восстанавливать утраченное гораздо сложнее и дороже. Жаль, что осознание этого факта иногда приходит слишком поздно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (ред. от 27.09.2013) // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. N 48 ст. 6724.
2. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010 - 2020 годы №3 от 15.04.2009г.
3. Аронов Д. М. Российское кооперативное исследование: физические тренировки в комплексной реабилитации и вторичной профилактике на амбулаторно-поликлиническом этапе у больных ИХС, после ОКО / Д. М. Аронов, М. Г. Бубнова, Г. В. Погосова // Терапевтический архив. – 2006. – Т. 78. – С. 33-37.
4. Арутюнов Г. П. Научные исследования и реальная практика: как определить цели терапии для пациента с атеросклерозом / Г. П. Арутюнов // Сердце. – 2007. – № 2 (приложение). – С. 2-9.
5. Белоконь Н.А., Подзолков ВП. Врожденные пороки сердца. – М.: Медицина, 2009. – 352с., с. 5-8.
6. Бочкарев К. Н.- Челябинская область: энциклопедия. Челябинск: каменный пояс, 2008. – 1694с., с. 1283-1284.
7. Бубнова М. Г. Вторичная профилактика ишемической болезни сердца в клинической практике врача: выбор терапии / М. Г. Бубнова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 8 (8). – С. 97-107.
8. Бычков А.А. - Диагностический справочник. - М., Феникс, 2007. - 325 с.
9. Влияние физических тренировок на физическую работоспособность, гемодинамику, липиды крови, клиническое течение и прогноз у больных ишемической болезнью сердца после острых коронарных событий при комплексной реабилитации и вторичной профилактике на этапе

реабилитации / Ю. М. Аронов, В. Б. Красницкий, М. Г. Бубнова и др. // Кардиология. – 2009. – № 3. – С. 49-56.

10. Двойников, С.И. Сестринское дело: история, теория, философия: учебное пособие / С.И. Двойников. - Самара, «РЕАВИЗ», 2009. - 116 с.

12. Ефимов А. С. Влияние сахарного диабета на течение ишемической болезни сердца / А. С. Ефимов, Л. К. Соколова, М. Ю. Соколов // Журнал АМН Украины. – 2002. – Т. 8. – № 2. – С. 355-365.

12. Ефремова, С.В. Философия сестринского дела, сестринский процесс: пособие / С.В. Ефремова, Г.И. Сечкова, И.Г. Греков, О.В. Андреева, Т.В. Окунская; под редакцией к.м.н., доцента А.М. Чухраева. Издательство КМК, - Курск, 2010. - 362 с.

13. Журавлева А.И., Граевская Н.Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура / Руководство. – М.: Медицина, 1993. – 432 с.

14. Каземов В. В. Методика ранней физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: спец.: 14.00.12 “Лечебная физкультура и спортивная медицина”, 14.00.06 “Кардиология” / Каземов Виктор Владимирович. – М., 1999. – 22 с.

15. Киселева Е. В. Эффективность программы длительной физической реабилитации больных инфарктом миокарда по методике тредмилтренировок в сочетании с естественной ходьбой: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец.: 14.00.06 “Кардиология” / Киселева Елена Викторовна. – Барнаул, 2004. – 29 с.

16. Краткий энциклопедический словарь: Адаптивная физическая культура / Э.Н. Вайнер, С.А. Кастионин.: Флинта: Наука; Москва; 2003

17. Кузнецов В.М. Клиническая диагностика заболеваний сердца (кардиолог у постели больного). - М., Медицина, 2008. - 448 с.

18. Кузнецов В.М. Сестринское дело в кардиологии. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 231 с.

19. Кундиев Ю. И. Социально-гигиенические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. И. Кундиев, А. Г. Каминский, Л. И. Томашевская. – К.: Здоровья, 1981. – 280 с.

20. Лекторов В.Н., Михалевич П.Н. О приоритетах и этапах реформирования современного здравоохранения // Медицина-2013. - №1(40).-С.6-7.

21. Лечебная физическая культура: Справочник / Под. ред. проф. В. А. Епифанова. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицина, 2001. – 592 с.

22. Лечебная физическая культура: Справ. изд. / Под. ред. В. А. Епифанова. – М.: Медицина, 1987. – 528 с.

23. Магомедов М. А. Влияние физических тренировок в домашних условиях на клинико-функциональные показатели, психологический статус и качество жизни у больных ишемической болезнью сердца: автореф. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: спец.: 14.00.06 “Кардиология” / Магомедов Мусамгомед Абдурахманович. – Н. Новгород, 2009. – 172 с.

24. Маколкин В.И., Овчаренко С. И., Семенов Н.Н. - Сестринское дело в терапии - ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - 544 с.

25. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов медицинских вузов/ В.А. Медик, В.К. Юрьев. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 608 с

26. Мошков В. Н. Лечебная физическая культура в клинике внутренних болезней. - М.: Медицина, 1977. – 375 с.

27. Мухин В. Н., Третилова Т.А. Лечебная физическая культура /Под ред. В. Н. Мухина. – М.: РИО ГЦОЛИФК, 1985. – 114 с

28. Мухина С.А., Тарновская И.И. - Теоретические основы сестринского дела. - 2 изд., испр. и доп.- М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 368 с.

29. Николаева Л. Ф. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / Л. Ф. Николаева, Д. М. Аронов. – М.: Медицина, 1988. – 287 с.

30. Степанченко Л. Г. Общий уход в кардиологии. // Медицинская сестра. - 2010. - №5. - С. 18-22.

31. Перепеч Н. Б. Применение пробы с 6-минутной ходьбой для оценки состояния больных с хронической сердечной недостаточностью / Н. Б. Перепеч, А. Э. Кутузова, А. О. Недошивин // Клиническая медицина. 2000. – № 12. – С. 31-33.

32. Перфильева Г.М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз). - М., 2009. - 46 с.

33. Петренко Т. А. Применение длительных велотренировок по методике свободного выбора нагрузки на поликлиническом этапе реабилитации больных инфарктом миокарда, автореферат: спец.: 14.00.06 “Кардиология” / Петренко Татьяна Анатольевна. – Томск, 2005. – 154 с.

34. Поливода С. Н. Поражение органов-мишеней при гипертонической болезни / С. Н. Поливода, Ю. М. Колесник, А. А. Черепок. – К., 2005. – С. 32-48.

35. Потылицина Н. М. Комплексная программа реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда и операции по реваскуляризации миокарда, автореф.: спец. : 14.00.06 “Кардиология” / Потылицина Наталья Михайловна – Красноярск, 2008. – 176 с.

36. Пробы с физической нагрузкой в диагностике ишемической болезни сердца / И. В. Ковтюх, А. В. Мелехов, Г. Е. Гендлин и др. // Сердце. – 2006. – № 6 (2). – С. 106.

37. Реабилитация больных, перенесших острый инфаркт миокарда и операции по реваскуляризации миокарда, на постстационарном этапе реабилитации / Н. М. Потылицина, М. М. Петрова, Р. А. Яскевич и др. – Красноярск, 2010. – 35 с.

38. Руденко В.П. Реформирование здравоохранения - насущная потребность и медиков, и всего населения //Медицина-2013. -№1(40).-С.4-5.

39. Серенко А. Ф., Соболевский Г. Н., Здравоохранение общества, М. 2015. С.142.

40. Смолева Э.В. - Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. - М., Феникс, 2012. - 473 с.
41. Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
42. Спивак Е. Ю. Эффективность Школы для больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией в первичном звене, автореф. спец.: 14.00.06 “Кардиология” / Спивак Екатерина Юрьевна. – М., 2008. – 134 с.
43. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни: Учеб. / Н.И. Федюкович. - М., Медицина, 2010. - 322 с.
44. Физическая реабилитация: учебн. Для академий и институтов физ. культ. / под. ред. С. Н. Попова. - Ростов н/д: “Феникс”, 1999. – 608 с.
45. Хильмончик Н.Е. Теоретические основы сестринского дела в контексте реформирования здравоохранения // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ. -Гродно, 2009. - С. 141-142.
46. Чапурных А. В. Стресс-тесты в кардиологии / А. В. Чапурных. – Киров, 2002. – С. 14.
47. Черных В.А. Завод на речке Уфалей 1 и 2 ч. От завода – до города: 1917-1945 Челябинск: Книга, 2013. - С. : 691, с. 534 – 535.
48. Шапиро И. А. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях реформ здравоохранения: автореф. мед. наук: спец.: 14.00.06 “Кардиология” / И. А. Шапиро. – М., 2002. – 45 с.
49. Шапкин В.Е., Заздравнов А.А., Бобро Л.Н. Пасиешвили - Справочник по терапии с основами реабилитации - М.: - Феникс, 2012. - 275 с.
50. Щербакова, Т.С. Сестринское дело: справочник. - Ростов-на-Дону, Феникс, 2012. – 544 с.

51. Яковлева Ю.П., Шллумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. -544, с. 13-17, с. 98, с. 168.

Анкета степени информированности пациентов о факторах риска инфаркта миокарда

1. Информирование о факторах риска было, для Вас полезным:

- да,

- нет,

затрудняюсь ответить.

2. Знания об артериальной гипертензии и факторах риска повысились:

- да,

- нет,

- затрудняюсь ответить.

3. Изменились ли у Вас знания о питании:

- да,

- нет,

- затрудняюсь ответить.

4. Изменилась ли степень знаний о физической активности:

- да,

- нет,

- затрудняюсь ответить.

5. Изменилась ли степень знаний о влиянии поведения и привычек на здоровье:

- да,

- нет,

- затрудняюсь ответить.

6. Изменилась ли степень знаний о стрессе:

- да,

- нет,

- затрудняюсь ответить.

7. Изменилась ли степень знаний о лечении:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

8. Научились ли Вы измерять АД:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

9. Изменилось ли у Вас отношение к возможности самоконтроля заболевания и профилактике осложнений:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

Утверждения:

10. Будете ли Вы регулярно измерять АД:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

11. Будете ли Вы контролировать питание:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

12. Будете ли Вы контролировать физ. Активность:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

13. Будете ли Вы контролировать стрессовые ситуации:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

14. Будете ли Вы выполнять назначения врача:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

15. Будете ли Вы изменять пищевые привычки:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

16. Будете ли Вы больше двигаться:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

17. Бросите ли вы курить:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

18. Начнете ли Вы следить за регулярностью приема лекарств:

- да,
- нет,
- затрудняюсь ответить.

ЗДОРОВЬЕ - ЭТО ТВОЕ ПРАВО!

5 ПРАВИЛ ЗДОРОВОГО СЕРДЦА



**ЕСТЬ
ОВОЩИ
И ФРУКТЫ**



**ФИЗКУЛЬТУРА
КАЖДЫЙ ДЕНЬ**



**КОНТРОЛЬ
ВЕСА**



НЕ КУРИТЬ



**ОТСУТСТВИЕ
СТРЕССА**

ИНФАРКТ МИОКАРДА

ИНФАРКТ МИОКАРДА —
 ЭТО ГИБЕЛЬ КЛЕТОК СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ИХ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФАРКТА ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ТРОМБОВ В АРТЕРИЯХ СЕРДЦА. ПОГИБШИЕ КЛЕТКИ СЕРДЦА ЗАМЕЩАЮТСЯ РУБЦОВОЙ ТКАНЬЮ, КОТОРАЯ НЕСПОСОБНА К СОКРАЩЕНИЮ. ЭТО ЗНАЧИТЕЛЬНО УХУДШАЕТ РАБОТУ СЕРДЦА



ИНФАРКТ МИОКАРДА

КАК ПРАВИЛО, ИНФАРКТ МИОКАРДА РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ ЗАТЯНУВШЕГОСЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ

ПРИЗНАКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА:

- интенсивная сжимающая боль за грудиной (кинжальная, раздражающая, жгучая, «кол» в грудной клетке);
- боль может отдавать в руку, шею, спину, челюсть слева или область лопаток;
- боль не проходит после приема нитроглицерина и длится более 20 минут;
- боль может сопровождаться резкой слабостью, бледностью кожных покровов, обильным холодным потом, чувством страха, учащением пульса, резкими колебаниями артериального давления (давление может быть как повышенным, так и пониженным).

ПРИ НАЛИЧИИ ЭТИХ ПРИЗНАКОВ НЕОБХОДИМО СРОЧНО ВЫЗВАТЬ «СКОРУЮ ПОМОЩЬ»! **03**



ПОМНИТЕ!
 ВРЕМЯ, ЗА КОТОРОЕ МОЖНО УСПЕТЬ ВОССТАНОВИТЬ КРОВОТОК В АРТЕРИЯХ СЕРДЦА И ОСТАНОВИТЬ ГИБЕЛЬ КЛЕТОК СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ, — 6 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА СИМПТОМОВ.



**ЧЕМ РАНЬШЕ ВЫ ВЫЗОВЕТЕ БРИГАДУ «СКОРОЙ ПОМОЩИ»,
 ТЕМ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ БУДЕТ ЛЕЧЕНИЕ И МЕНЬШЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА**

16+

СПб ГБУЗ «Городской центр медицинской профилактики». Улицынский пр., 25, кит. д. 10, 2014 г. Отделение ООО «СЗМАГ ПРИБТ», тираж 400 экз., вышло из печати 10.11.15 г. Фотографии — авторский материал. РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО. Издано в соответствии с планом мероприятий по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями на 2015–2020 годы.

Наше здоровье - в наших руках!



2015 год объявлен в России Национальным Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Сердечно-сосудистые заболевания представляют особую проблему и главную опасность для жизни людей во всем мире.

В России 56% населения умирает от сердечно-сосудистых заболеваний. Смертность от этих заболеваний у мужчин в возрасте до 65 лет в 3 раза выше, чем у женщин.

Сердечно-сосудистые заболевания затрагивают людей все более молодого возраста.

Большинство факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний – это изменяемые риски, т.е. факторы риска, на которые человек может повлиять:

- курение
- нездоровое питание
- низкая физическая активность
- повышенный холестерин
- артериальная гипертония
- стресс, тревога, депрессия
- ожирение
- избыточное потребление алкоголя

Факторы риска, которые мы не можем изменить:

- возраст
- пол
- наследственность

Своевременно выявить сердечно-сосудистые заболевания и основные факторы риска их развития позволяет регулярное медицинское обследование.

Профилактические медицинские мероприятия:

- диспансеризация
- профилактический медицинский осмотр
- обследование в центре здоровья

Важно выполнять все рекомендации врача после проведенного обследования!

Для того, чтобы избежать возникновения и развития сердечно-сосудистых заболеваний, необходимо:

- избавиться от вредных привычек: полностью отказаться от курения, максимально сократить употребление алкоголя
- придерживаться здорового образа жизни, включая здоровое питание и активные физические нагрузки
- контролировать свой вес

Своевременное выявление и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний позволяют увеличить продолжительность и улучшить качество жизни.

12 правил активного долголетия

- Не пере едайте. Употребляйте в пищу не менее 500 граммов овощей и фруктов в день, сладкое сократите до минимума. Не ешьте перед сном!
- Уберите солонку со стола и не подсаливайте пищу. Много соли в пище – это дорога к гипертонии.
- Не курите. Курение сокращает жизнь более чем на 10 лет.
- Не злоупотребляйте алкоголем.
- Контролируйте свое артериальное давление. Ваше давление не должно быть больше 140/90 мм. рт.ст. В случае его повышения обращайтесь к врачу.
- Регулярно проверяйте уровень холестерина в крови. Максимально допустимый уровень – 5 ммоль/л. В случае его превышения необходимо проконсультироваться с врачом.
- Контролируйте уровень сахара в крови. Максимально допустимый уровень натощак – 6,1 ммоль/л.
- Следите за своим весом и своей талией. Ее окружность должна быть не больше 102 см у мужчин и 88 см у женщин.
- Укрепляйте иммунитет. Употребляйте кисломолочные продукты, совершайте регулярные прогулки на свежем воздухе, проводите оздоровительное закаливание.
- Постоянно двигайтесь. 10 000 шагов в сутки, езда на велосипеде, лыжные и другие прогулки на свежем воздухе позволят Вам сохранить здоровье на долгие годы.
- Будьте активны. Не теряйте интерес к жизни.
- Чаще улыбайтесь! Позитивное отношение к жизни увеличивает ее продолжительность.



Помните! Заболевания сердца и сосудов могут протекать незаметно, без каких-либо внешних проявлений.

Список сокращений

- ИБС – ишемическая болезнь сердца;
- ИМ – инфаркт миокарда;
- НИЗ – неинфекционные заболевания;
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;
- ТИА – транзиторная ишемическая атака
- АГ – артериальная гипертензия;
- АД – артериальное давление;
- ЭКГ – электрокардиограмма;
- ВЭМ – велоэргометрия;
- ССЗ – сердечно-сосудистое заболевание;
- ЛФК – лечебно-физическая культура.