СОДЕРЖАНИЕ

[Глава 1.Бактериальное загрязнение воздушной среды и помещений больниц. Пищевое отравление микробной этиологии, классификация и профилактика. 3](#_Toc247696524)

[Глава 2. Методы оценки функционального состояния и работоспособности организма 8](#_Toc247696525)

[Глава 3. Роль и задачи санитарного просвещения в комплексе мероприятий по охране здоровья населения 14](#_Toc247696526)

[Глава 4. Формы и методы проведения санитарно-просветительной работы 22](#_Toc247696527)

[Список использованной литературы 27](#_Toc247696528)

# Глава 1.Бактериальное загрязнение воздушной среды и помещений больниц. Пищевое отравление микробной этиологии, классификация и профилактика.

Бактериологическое или микробиологическое (микробное) загрязнение - это появление в среде необычно большого количества микроорганизмов, связанное с быстрым и массовым размножением на антропогенных субстратах или средах, измененных хозяйственной деятельностью человека, или приобретение ранее безвредной (обычно массовой) формой микроорганизмов патогенных свойств или способности подавлять другие организмы.

Бактериальное загрязнение воздуха в закрытых помещениях, наличие неприятных запахов и недостаточное увлажнение являются основной причиной, создающей предпосылки инфекционной и паразитарной заболеваемости, осложнений хронических легочных заболеваний, а также причиной основных видов физических недомоганий, особенно в условиях массового скопления людей.

В воздухе закрытых помещений встречаются самые разные микроорганизмы, в том числе и болезнетворные микробы, которым успешно противостоят фитонциды. Количественный и качественный состав микрофлоры является санитарным показателем степени загрязненности воздушной среды [2, с.150].

Бактериальное загрязнение воздуха выражается общим микробным числом (количеством микробных клеток на один кубический метр воздуха).

Одними из самых распространенных бактерий являются стафилококки. Эти микробы находят буквально повсюду - в воздухе, в почве, в воде, да и в организме человека они присутствуют постоянно. Кожа и слизистые оболочки - естественная среда обитания стафилококков. Этим, кстати, и объясняется тот факт, что именно стафилококк наиболее часто вызывает всевозможные нагноения. Малейшего повреждения кожи и слизистых оболочек на фоне пониженной общей сопротивляемости организма достаточно, чтобы открыть «ворота» стафилококковой инфекции.

Другие весьма «популярные» микроорганизмы носят название стрептококков. И хотя и во внешней среде, и в человеческом организме эти микробы встречаются значительно реже стафилококков, нет такого органа, который был бы застрахован от поражения ими. Особенно тяжело протекают инфекционные заболевания, вызванные стрептококковыми инфекциями, в случаях ослабления иммунитета. Но и на них имеется управа. Бегония, аглаонема, бересклет и антуриум станут надежным щитом на пути микробов. В кишечнике человека обитает кишечная палочка -бактерия, считающаяся условно патогенной, так как она не оказывает отрицательного воздействия на организм. Если кишечная палочка обнаружена в воздухе жилого помещения, то она становится опасной, и избавиться от нее помогут лавровишня, смолосемянник, лавр, понцирус.

Особое место среди патогенных бактерий занимают клебсиеллы, которые способны вызывать у человека воспаление легких, гнойные и фибринозные плевриты, перикардит, менингит, гайморит и другие заболевания. Защитой от них служат монарда, мята, лаванда, иссоп, шалфей.

Всем, кто когда-либо оказывался в стационаре, известно грозное словосочетание «внутрибольничная инфекция». Возбудителем инфекционного заболевания часто является синегнойная палочка. Попадая и без того в ослабленный организм больного, она дает тяжелейшие осложнения. А между тем подобных неприятностей можно было бы избежать, если бы в холлах, рекреациях и палатах наших стационаров появились акалифа, аукуба, самшит, калина, кипарис.

Однако целебные свойства фитонцидов этим не ограничиваются. Фитонциды оказывают воздействие не только на болезнетворную микрофлору, но и непосредственно на человека.

Санитарно-гигиенические условия в больнице во многом зависят от санитарного содержания помещений и выполнения больными правил личной гигиены. При длительном пребывании в помещении людей происходит постепенное изменение микроклимата воздушной среды.

В воздухе увеличивается содержание водяных паров, пыли, повышается его температура, появляются неприятные запахи вследствие выделения и разложения пота и органических веществ на коже. Все эти изменения неблагоприятно сказываются на самочувствии больных. Кроме того, человек является источником бактериального загрязнения воздуха.

При разговоре, чиханье и кашле в воздушную среду попадает огромное количество капелек слюны, в которой могут содержаться возбудители инфекционных заболеваний. Поэтому через воздух могут передаваться такие болезни, как грипп, сезонный катар верхних дыхательных путей, скарлатина, корь, коклюш, ветряная оспа, цереброспинальный эпидемический менингит и др.

Крупные капельки слюны быстро оседают на различные поверхности, мелкие долго витают в воздухе. Капли слюны с микроорганизмами, осевшие на пол, постель и другие предметы обстановки лечебного учреждения, высыхают, и при неправильной уборке помещения микроорганизмы в вирусы могут вместе с пылью вновь оказаться в воздухе.

Следует помнить, что такие микроорганизмы, как стрептококки, дифтерийная палочка, туберкулезные микобактерии, сохраняют жизнеспособность, находясь в пыли десятки дней. Поэтому большое гигиеническое значение имеет предупреждение загрязнения воздуха в помещениях лечебных учреждений.

Пищевые отравления микробной этиологии. Эта группа пищевых отравлений встречается чаще всего (около 80% всех случаев пищевых отравлений) и включает 3 разновидности:

1. Токсикоинфекции

2. Бактериальные токсикозы

3. Смешанной этиологии

1. Токсикоинфекции – обусловлены попаданием в организм пищи, содержащей живые микроорганизмы, выделяющие в организме токсины и вызывающие этим отравления. Специфические возбудители сальмонеллы, потенциально патогенная микрофлора – кишечная палочка, протей и др.

2. Бактериальные токсикозы (ранее назывались пищевые интоксикации) – возникают при попадании в организм продуктов, содержащих бактериальные токсины, образовавшиеся в них в результате деятельности микрофлоры. Представителями бактериальных токсикозов являются стафилококковый токсикоз, ботулизм.

3. Смешанной этиологии – когда в пище есть и живые микробы и токсины – например, сальмонеллы + стафилококковый токсин.

Профилактика токсикоинфекций требует установления строгого ветеринарно-санитарного контроля на животноводческих фермах, бойнях и соблюдения общих гигиенических правил на предприятиях общественного питания. К мероприятиям по предупреждению массивного размножения микроорганизмов в пищевых продуктах относят соблюдение условий и сроков хранения продуктов питания в торговой сети и домашних условиях. Что касается бактериальной обсеменённости, то единственным способом её устранения является интенсивная термическая обработка продуктов. При этом необходимо иметь в виду, что сальмонеллы могут выдерживать температуру 60°С в течение часа.

В виду того, что стафилококковый энтеротоксин является теплоустойчивым и выдерживает 30 минутное кипячение, то основой профилактических мероприятий является высокий уровень санитарного благоустройства пищевых предприятий, устраняющий опасность бактериального обсеменения оборудования, продуктов, готовых изделий. Весьма важным является отстранение от работы на пищевых объектах лиц, страдающих гнойничковыми заболеваниями кожи и острыми катарами верхних дыхательных путей. Наконец, молоко, молочные продукты, кремовые изделия должны обязательно храниться при низких температурах.

Одним из наиболее тяжёлых пищевых отравлений является ботулизм, случаи которого регистрируются во всех странах мира. Доказано, что очень опасное заболевание вызывается токсином анаэробной бациллы - долговременного обитателя почвы. Одной из универсальных причин ботулизма может служить домашнее консервирование различных продуктов, проводимое без достаточного их обеззараживания. Герметическая упаковка тары создаёт благоприятные условия для размножения данного микроба, особенно при малой кислотности среды.

При проведении профилактических мероприятий по борьбе с ботулизмом необходимо учитывать малую теплоустойчивость его токсина, начинающего разрушаться уже при температуре 50°С. При нагревании же до 100°С он инактивируется (распадается) в течение 15 минут. Вместе с тем, большую роль играет санитарное благоустройство рыбных промыслов с применением холодильной техники, совершенствованием способов лова и переработки рыбы.

Таким образом, основными мероприятиями, направленными на профилактику пищевых отравлений, являются:

1.Предупреждение загрязнения пищи микробами.

2.Соблюдение технологических процессов при приготовлении блюд.

3.Соблюдение правил перевозки продуктов питания.

4.Соблюдение температурных режимов и условий хранения продуктов.

5.Соблюдение правил личной гигиены среди работников, занятых в производстве продуктов питания и приготовлении блюд.

6.Разъяснительная работа среди населения.

# Глава 2. Методы оценки функционального состояния и работоспособности организма

Функциональное состояние – комплекс свойств, определяющий уровень жизнедеятельности организма, системный ответ организма на физическую нагрузку, в котором отражается степень интеграции и адекватности функций выполняемой работе.

При исследовании функционального состояния организма, занимающегося физическими упражнениями, наиболее важны изменения систем кровообращения и дыхания, именно они имеют основное значение для решения вопроса о допуске к занятиям спортом и о “дозе” физической нагрузки, от них во многом зависит уровень физической работоспособности.

Важнейший показатель функционального состояния сердечно-сосудистой системы – пульс (частота сердечных сокращений) и его изменения.

Пульс покоя: измеряется в положении сидя при прощупывании височной, сонной, лучевой артерий или по сердечному толчку по 15-секундным отрезкам 2–3 раза подряд, чтобы получить достоверные цифры. Затем делается перерасчет на 1 мин. (число ударов в минуту).

ЧСС в покое в среднем у мужчин (55–70) уд./мин., у женщин – (60–75) уд./мин. При частоте свыше этих цифр пульс считается учащенным (тахикардия), при меньшей частоте – (брадикардия) [2, с.30]

Для характеристики состояния сердечно-сосудистой системы имеют также большое значение данные артериального давления.

Артериальное давление. Различают максимальное (систолическое) и минимальное (диастолическое) давления. Нормальными величинами артериального давления для молодых людей считаются: максимальное от 100 до 129 мм рт. ст., минимальное – от 60 до 79 мм рт. ст.

Артериальное давление от 130 мм рт. ст. и выше для максимального и от 80 мм рт. ст. и выше для минимального называется гипертоническим состоянием, соответственно ниже 100 и 60 мм рт. ст. – гипотоническим.

Для характеристики сердечно сосудистой системы большое значение имеет оценка изменений работы сердца и артериального давления после физической нагрузки и длительность восстановления. Такое исследование проводится с помощью различных функциональных проб. Функциональная проба – неотъемлемая часть комплексной методики врачебного контроля лиц, занимающихся физической культурой и спортом. Применение таких проб необходимо для полной характеристики функционального состояния организма занимающегося и его тренированности. Результаты функциональных проб оцениваются в сопоставлении с другими данными врачебного контроля. Нередко неблагоприятные реакции на нагрузку при проведении функциональной пробы являются наиболее ранним признаком ухудшения функционального состояния, связанного с заболеванием, переутомлением, перетренированностью.

Приводим наиболее часто встречающиеся функциональные пробы, используемые в спортивной практике, а также пробы, которые можно использовать при самостоятельных занятиях физической культурой.

20 приседаний за 30 с. Занимающийся отдыхает сидя 3 мин. Затем подсчитывается ЧСС за 15 с с пересчетом на 1 мин. (исходная частота). Далее выполняются 20 глубоких приседаний за 30 с, поднимая руки вперед при каждом приседании, разводя колени в стороны, сохраняя туловище в вертикальном положении. Сразу после приседаний, в положении сидя, вновь подсчитывается ЧСС в течение 15 с с пересчетом на 1 мин. Определяется увеличение ЧСС после приседаний сравнительно с исходной в % . Например, пульс исходный 60 уд./мин., после 20 приседаний 81 уд./мин., поэтому (81–60) : 60 ґ 100 = 35% [2, с.31].

Восстановление пульса после нагрузки. Для характеристики восстановительного периода после выполнения 20 приседаний за 30 с подсчитывается ЧСС за 15 с на 3-й мин. восстановления, делается перерасчет на 1 мин. и по величине разности ЧСС до нагрузки и в восстановительном периоде оценивается способность сердечно-сосудистой системы к восстановлению (табл. 1).

Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы наиболее широкое распространение получили гарвардский степ-тест (ГСТ) и тест PWC-170.

Таблица 1 Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Пол | Оценка | | | | |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ЧСС в покое  после 3 мин.  отдыха в полож. сидя, уд./мин. | ж  м | <71  <66 | 71-78  66–73 | 79–87  74–82 | 88–94  83–89 | >94  >89 |
| 20 приседаний за 30 с\*, % | ж  м | <36 | 36–55 | 56–75 | 76–95 | >95 |
| Восстановление пульса после нагрузки\*\*, уд./мин. | ж  м | <2 | 2–4 | 5–7 | 8–10 | >10 |
| Проба на задержку дыхания (проба Штанге) | ж  м | >74 | 74–60 | 59–50 | 49–40 | <40 |
| ЧСС×Ад макс/100 | ж  м | <70 | 70–84 | 85–94 | 95-110 | >110 |

Примечание. \* Методика проведения функциональной пробы 20 приседаний за 30 с. Занимающийся отдыхает сидя 3 мин., затем подсчитывается ЧСС за 15 с с перерасчетом на 1 мин. (исходная частота).

Далее выполняются 20 глубоких приседаний за 30 с, поднимая руки вперед при каждом приседании, разводя колени в стороны, сохраняя туловище в вертикальном положении. Сразу же после приседаний студент садится и у него подсчитывается ЧСС в течение 15 с с перерасчетом на 1 мин. Определяется увеличение ЧСС после приседания по сравнению с исходной, в %.

Например, ЧСС исходная – 60 уд/мин, после 20 приседаний – 81 уд/мин, поэтому (81 – 60) : 60 × 100 = 35% .

\* Для характеристики восстановительного периода после выполнения 20 приседаний за 30 с подсчитывается ЧСС за 15 с на 3-й мин. восстановления, делается перерасчет на 1 мин. и по величине разности ЧСС до нагрузки и в восстановительном периоде оценивается способность сердечно-сосудистой системы к восстановлению [2, с.32].

Проведение (ГСТ) заключается в восхождении и спуске со ступеньки стандартной величины в определенном темпе в течение определенного времени. ГСТ заключается в подъемах на ступеньку высотой 50 см для мужчин и 41 см для женщин в течение 5 мин. в темпе 30 подъемов/мин.

Если исследуемый не может поддерживать заданный темп в течение указанного времени, то работу можно прекратить, зафиксировать ее продолжительность и частоту сердечных сокращений в течение 30 с

2-й мин. восстановления.

По продолжительности выполненной работы и по количеству ударов пульса вычисляют индекс гарвардского степ-теста (ИГСТ):

Оценка уровня физической работоспособности по ИГСТ осуществляется с использованием данных, приведенных в табл. 2.

Таблица 2 Значение уровня физической работоспособности по ИГСТ

|  |  |
| --- | --- |
| ИГСТ | Оценка работоспособности |
| 55 и менее | Слабая |
| 55–64 | Ниже средней |
| 65–79 | Средняя |
| 80–89 | Хорошая |
| 90 и более | Отличная |

Принцип оценки в тесте PWC-170 основан на линейной зависимости между ЧСС и мощностью выполняемой работы, а занимающийся выполняет 2 относительно небольшие нагрузки на велоэргометре или в степ-тесте (методика проведения теста PWC-170 не приводится, так как он достаточно сложен и требует специальных знаний, подготовки, оборудования).

Ортостатическая проба. Занимающийся лежит на спине и у него определяют ЧСС (до получения стабильных цифр). После этого исследуемый спокойно встает и вновь измеряется ЧСС. В норме при переходе из положения лежа в положение стоя отмечается учащение пульса на 10–12 уд./мин. Считается, что учащение его более 20 уд./мин. – неудовлетворительная реакция, что указывает на недостаточную нервную регуляцию сердечно-сосудистой системы.

При выполнении физических нагрузок резко увеличивается потребление кислорода работающими мышцами, мозгом, в связи с чем возрастает функция органов дыхания. Физическая нагрузка увеличивает размеры грудной клетки, ее подвижность, повышает частоту и глубину дыхания, поэтому оценить развитие органов дыхания можно по показателю экскурсии грудной клетки (ЭКГ).

ЭКГ оценивается по увеличению окружности грудной клетки (ОКГ) при максимальном вдохе после глубокого выдоха. Например, ОКГ в спокойном состоянии 80 см, при максимальном вдохе – 85 см, после глубокого выдоха – 77 см. ЭКГ = (85 – 77) : 80 × 100 = 10% . Оценки: “5” – (15% и более), “4” – (14–12)% , “3” – (11–9)% , “2” – (8–6)% и “1” – (5% и менее) [2, с.33].

Важным показателем функции дыхания является жизненная емкость легких (ЖЕЛ). Величина ЖЕЛ зависит от пола, возраста, размеров тела и физической подготовленности.

Для того чтобы дать оценку фактической ЖЕЛ, ее сравнивают с величиной должной ЖЕЛ, т.е. той, которая должна быть у данного человека.

Для определения должной ЖЕЛ может быть рекомендовано уравнение Людвига:

Мужчины:

ЖЕЛ = (40×рост в см) + (30×вес в кг) – 4400,

женщины:

ЖЕЛ = (40×рост в см) + (10×вес в кг) – 3800 [2, с.33].

У хорошо подготовленных людей фактическая ЖЕЛ колеблется в среднем от 4000 до 6000 мл и зависит от двигательной направленности.

Таким образом, для выявления функционального состояния и работоспособности организма исследуются показатели давления, пульса и жизненной емкости легких.

# Глава 3. Роль и задачи санитарного просвещения в комплексе мероприятий по охране здоровья населения

Санитарное просвещение - обязательный раздел деятельности каждого лечебно - профилактического учреждения, профессиональная обязанность каждого медицинского работника.

Это естественно, поскольку роль личностного (поведенческого) фактора велика в предупреждении заболеваний, в раннем обращении за медицинской помощью. Этот фактор влияет на сроки выздоровления, эффективность долечивания и восстановления трудоспособности и на предупреждение обострении заболеваний.

В настоящее время положения о лечебно-профилактических учреждениях всех типов (поликлинике, амбулатории, больнице и т. д.) предусматривают работу по санитарно-гигиеническому воспитанию населения.

Санитарно-просветительная работа в лечебно-профилактическом учреждении представляет собой комплекс дифференцированных, целенаправленных санитарно-просветительных мероприятий, предусматривающих гигиеническое воспитание различных контингентов населения и органически связанных с деятельностью лечебно-профилактических учреждений. Санитарно-просветительная работа проводится в соответствии с местными условиями и задачами, стоящими перед различными типами лечебно-профилактических учреждений [5].

В современных условиях выделяют 2 основных аспекта санитарно- просветительной работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях:

* санитарное просвещение по привлечению населения на медицинские профилактические работы.
* санитарное просвещение диспансеризуемых контингентов в условиях динамического наблюдения за ними.

Цель данной работы - выработать у населения обслуживаемой территории адекватное отношение к профилактическим мероприятиям и готовность активно в них участвовать.

Применение методики аккордного санитарно-просветительного воздействия в ряде поликлиник с целью привлечения населения на профилактические осмотры повысило на 40% участие в них населения.

Дальнейшая санитарно-просветительная работа с населением проводится дифференцированно среди здоровых, лиц с повышенным риском возникновения заболевания и больных (острыми и хроническими заболеваниями).

Гигиеническое воспитание здоровых имеет целью сохранение и укрепление их здоровья. Программа медико-гигиенической информации для них предусматривает пропаганду здорового образа жизни: гигиенические советы относительно труда, отдыха, питания, занятий физкультурой и спортом, борьбы с вредными привычками и т. д.

В современных условиях профилактической работы особую важность приобретает гигиеническое воспитание групп людей, имеющих повышенный риск возникновения заболеваний. Среди преморбидных состояний наиболее прогностически опасны такие, как тенденция к избыточному весу, предгипертония, гиперхолестеринемия, предиабет и т. д. В основе многих из них лежат нарушения гигиенических норм поведения: гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем, нерациональной питание, неправильный режим и т.д.

Санитарное просвещение лиц, находящихся под угрозой болезни, включает вопросы первичной профилактики заболевания, возможность развития или начальные признаки которого имеются и направлены на коррекцию их гигиенического поведения. Здесь приходится перевоспитывать человека, воздействовать на уже сложившиеся привычки поведения и поэтому санитарно- просветительная работа должна строиться таким образом, чтобы была возможность прямого, повторного общения, в процессе которого реципиент мог взять на себя определенные обязательства по изменению своего гигиенического поведения, а медицинский работник - контролировать выполнение этих обязательств.

Санитарное просвещение больных имеет целью выработать у них навыки адекватного, правильного гигиенического поведения, способствующего скорейшему выздоровлению или облегчению течения заболевания. От этого в большой степени зависят успех лечения и ускорение выздоровления. Методика гигиенического воспитания больных дифференцируется по 2 направлениям: санитарное просвещение больных с острыми и хроническими заболеваниями.

Цель санитарно-просветительной работы в больнице - повысить эффективность лечебных и профилактических мероприятий привитием больному необходимых гигиенических навыков.

Санитарное просвещение в стационаре дает информацию:

- о правильном гигиеническом поведении во время пребывания в больнице, особенно после выписки для предупреждения прогрессирования заболевания, т. е. служит целям вторичной профилактики: заболеваний. При этом важно учитывать потребность больного получить максимум информации о своем заболевании и состоянии.

- дополнительную медико-гигиеническую по общегигиеническим вопросам в связи с тем, что у больного человека отмечается повышенный интерес к медицинским вопросам, а в стационаре имеются все условия и время для получения необходимой информации [5].

В соответствии с информативными задачами санитарно-просветительная работа осуществляется на всех этапах пребывания больного в стационаре:

* в приемном отделении - индивидуальная беседа, с вручением памятки, содержащей сведения о внутрибольничном распорядке, о гигиенических требованиях к поведению больных;
* в палате - индивидуальная или групповая беседа;
* в холлах больничных отделении - групповая беседа с больными, дискуссия в соответствии с нозологической формой заболевания с использованием тематических наглядных пособий - лекционных диапозитивов, лекторских папок и др. С успехом применяется слайдоскоп с набором широкоформатных слайдов, иллюстрирующих основные медицинские сведения и гигиенические рекомендации, сообщаемые больным;
* при выписке - индивидуальная беседа с вручением памятки, содержащей гигиенические рекомендации, выполнение которых строго необходимо для успешной реабилитации и в целях профилактики рецидивов заболевания.

В программу гигиенического воспитания больных с хроническими заболеваниями (в стационаре и поликлинике) обязательно должны включаться вопросы оказания доврачебной самопомощи при обострении заболевания. Больной должен быть ориентирован в отношении начальных признаков рецидива заболевания с тем, чтобы он мог вовремя прибегнуть к самопомощи и своевременно обратиться к врачу.

Это, прежде всего, относится к больным, страдающим гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой и некоторыми другими заболеваниями. Данные литературы свидетельствуют о том, что 50% случаев необоснованных обращений за скорой медицинской помощью составляют вызовы к больным хроническими заболеваниями, которые переоценивают тяжесть своего состояния, не умеют обеспечить самопомощь и нарушают предписанное врачом лечение.

Целенаправленное гигиеническое воспитание больных хроническими заболеваниями способствует снижению числа необоснованных обращений за скорой медицинской помощью.

Для надлежащего проведения санитарно-просветительной работы с населением лечебно-профилактическое учреждение должно иметь необходимое санитарно- просветительное оборудование и набор санитарно-просветительных средств. В целях методической подготовки медицинских работников поликлиники по вопросам гигиенического воспитания населения и оказания им организационной помощи в ее осуществлении в отделениях профилактики поликлиник создается кабинет пропаганды здорового образа жизни. Основными задачами кабинета являются:

* организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на санитарно- гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни;
* оказание организационной помощи врачам поликлиники в проведении санитарно- просветительных мероприятий;
* комплектование материалов для пропаганды и методических;
* методическая помощь среднему медицинскому персоналу и санитарному активу в проведении санитарно-просветительной работы с населением [5].

В задачи кабинета пропаганды здорового образа жизни входит осуществление связи с местным домом санитарного просвещения с целью проведения работы по повышению квалификации сотрудников поликлиники и гигиеническому воспитанию населения.

Дом санитарного просвещения обеспечивает лечебно-профилактическое учреждение необходимыми инструктивными методическими и наглядными материалами и по возможности материалами для работы с населением. К созданию материалов для населения должны привлекаться сотрудники лечебно- профилактических учреждений. Несомненно, что только их совместная работа со специалистами службы санитарного просвещения может обеспечить должный объем и высокое качество гигиенического воспитания населения в лечебно- профилактических учреждениях.

Система гигиенического воспитания населения в акушерско-гинекологических и детских лечебно-профилактических учреждениях строится с учетом специфики работы этих учреждений. Санитарное просвещение направлено на формирование у населения гигиенических навыков, необходимых для создания оптимальных условий развития ребенка и охраны его здоровья (при этом особое внимание должно обращаться на оздоровление организма девочки); для охраны генеративной функции мужчины и женщины и оздоровления их организма еще до наступления беременности и охраны здоровья беременных и матерей. Санитарное просвещение должно способствовать принятию супругами грамотных с медицинской точки зрения решений в отношении деторождения.

Гигиеническое воспитание женщин проводится дифференцирование среди лиц репродуктивного возраста и старшей возрастной группы, подразделяясь в каждой из них на работу с тремя подгруппами: здоровые лица; составляющие "группы риска"; больные гинекологическими заболеваниями.

В группе женщин репродуктивного возраста программа информации включает пропаганду здорового образа жизни и материнства; планирование семьи и медико-генетические знания в целях предупреждения врожденных и наследственных заболеваний; профилактику гинекологических заболеваний и предупреждение не планируемой беременности; разъяснение вреда аборта для организма женщины, важности регулярного посещения гинеколога и необходимости ранней явки к врачу при наступлении беременности.

Дифференцирование должна вестись работа с женщинами, обратившимися к акушеру-гинекологу с целью прерывания беременности. При отсутствии показаний для прерывания беременности необходимо проводить активную работу не только с женщиной, но и с мужем по предупреждению аборта, используя при этом всевозможные формы работы и средства пропаганды.

К работе по пропаганде материнства и отцовства, помимо акушеров- гинекологов, привлекаются юристы.

Программа санитарно-просветительной работы с женщинами, имеющими факторы риска, дополняется гигиеническими рекомендациями, направленными на коррекцию гигиенического поведения женщины или устранение влияния неблагоприятного фактора. Кроме того, освещаются вопросы планирования семьи с учетом специфики экстрагенитального заболевания женщины и объясняется важность оздоровления организма женщины до наступления беременности.

В программу гигиенического воспитания больных гинекологическими заболеваниями дополнительно вводят рекомендации, направленные на формирование гигиенического поведения и навыков, способствующих скорейшему выздоровлению и препятствующих возникновению рецидивов заболевания. В зависимости от специфики гинекологического заболевания осуществляется противораковая пропаганда.

В задачи акушерско-гинекологических учреждений входит санитарно- просветительная работа и с членами семьи женщины, в первую очередь с мужем, от гигиенического поведения которого в значительной степени зависит здоровье женщины и новорожденного. Муж должен быть ознакомлен с такими важными вопросами, как вред аборта для организма женщины и влияние его на последующее деторождение; гигиена половой жизни; охрана здоровья беременной и женщины-матери; создание условий жизни женщины для оптимальной лактации; уход за новорожденным.

Санитарно-просветительная работа в детских лечебно-профилактических учреждениях проводится среди родителей, других членов семьи, педагогов и воспитателей детских дошкольных учреждений и школ, других групп населения, осуществляющих уход за ребенком. В перечень ее основных задач входит: распространение среди населения гигиенических знаний по охране здоровья детей; привитие гигиенических навыков, необходимых для создания оптимальных условий развития детей и формирования у них поведения, соответствующего здоровому образу жизни; формирование готовности населения к участию в профилактических осмотрах детей, своевременному обращению за медицинской помощью и выполнению врачебных назначений.

В основе гигиенического воспитания населения по вопросам охраны здоровья детей лежит преемственность в деятельности женских и детских лечебно-профилактических учреждений. В программе школ материнства женских консультаций предусмотрено занятие педиатра, на котором женщины получают необходимые сведения по рациональному вскармливанию и уходу за новорожденным.

Углубление гигиенических знаний, полученных женщиной, и гигиеническое воспитание семьи в целом происходят во время патронажных наблюдений на дому, которые осуществляют врач и медицинская сестра детской поликлиники как в период беременности, так и в первые дни после выписки женщины из родильного дома.

Гигиеническое воспитание семей, имеющих детей с повышенным риском возникновения заболеваний и больных, осуществляется аналогично работе с этими контингентами в условиях поликлиник и стационаров для взрослых.

# Глава 4. Формы и методы проведения санитарно-просветительной работы

Общее руководство и контроль за организацией и проведением санитарно- просветительной работы осуществляет главный врач лечебно-профилактического учреждения, который должен обеспечивать активную работу врачей и средних медицинских работников по санитарно-гигиеническому воспитанию населения как в стенах самого лечебно-профилактического учреждения, так и на обслуживаемой территории.

Главный врач лечебно-профилактического учреждения работает в тесном контакте с местным домом санитарного просвещения, откуда получает методическую помощь и материалы.

Успех профилактических осмотров в значительной степени зависит от отношения к ним населения и готовности в них участвовать. Для привлечения населения на медицинские профилактические осмотры применяют аккордное санитарно-просветительное воздействие, т. е. ударную, кратковременную, массированную информацию о целях, задачах и практической значимости диспансеризации. Это обеспечивается:

* агитационно-информационным санитарно-просветительным воздействием наглядными средствами (плакаты, лозунги и т. д.), экспонируемыми по месту жительства населения и непосредственно в самой поликлинике;
* разъяснением и убеждением с помощью печатной информации (листовки-приглашения, тематические памятки); Чтением лекций, разъясняющих существо диспансерного метода обслуживания населения; демонстрацией тематических санитарно-просветительных кинофильмов и т. д [5].

Каждый медицинский работник, помимо проведения индивидуальных бесед с больными и их родственниками в процессе оказания лечебно-профилактической помощи, обязан ежемесячно 4 часа своего рабочего времени затрачивать на проведение групповых и массовых форм санитарно-просветительной работы. В санитарно-просветительной работе выделяют 3 основных звена: санитарное просвещение в поликлинике, стационаре и на участке.

Санитарное просвещение людей, страдающих хроническими заболеваниями, осуществляется по методике курса очно-заочного обучения. Этот курс включает:

* индивидуальную беседу, в процессе которой больной получает необходимые гигиенические рекомендации;
* групповую беседу с участием врачей-специалистов, во время: которой больной получает дополнительную медико-гигиеническую информацию, дающую возможность лучше понять советы врача, осознать необходимость следовать им. Групповую беседу лучше проводить в виде дискуссии, в процессе которой повышается познавательная активность реципиентов. Это способствует закреплению полученных знаний, выработке необходимых убеждений;
* выдачу "Книжки диспансеризуемого", которая является основным элементом заочного обучения и где отмечают сроки явки на очередной профилактический прием. Больной получает ее вместе с соответствующей заболеванию памяткой- вкладышем.

"Книжка диспансеризуемого" дает возможность больному регистрировать отдельные параметры своего гигиенического поведения, что способствует закреплению в его сознании полученных гигиенических рекомендаций, врачу - контролировать их выполнение пациентом.

В условиях диспансеризации эта форма санитарно-просветительной работы применяется также при гигиеническом воспитании лиц, имеющих повышенный риск возникновения заболеваний [5].

Санитарное просвещение родственников и близких больного включает: индивидуальную беседу в приемном отделении и выдачу листовки-памятки с основными требованиями и рекомендациями в адрес лиц, посещающих больного, индивидуальные беседы лечащего врача в холле для посетителей и самовоздействие средствами санитарно-просветительного оформления этого помещения. Санитарно-просветительное оформление поликлиники и стационара является дополнительным, но важным источником информации. Оно должно быть выполнено с учетом требований эстетики интерьера и необходимости стилевого единства и базироваться на принципе: формы стационарные, экспозиции сменные.

В санитарно-просветительном оформлении поликлиники целесообразно учитывать типовое размещение отделений и кабинетов поликлиники, которое содержит:

* справочно-информационные материалы;
* гигиеническую информацию общего характера - пропаганда здорового образа жизни, важность профилактических осмотров, сезонная информация (профилактика гриппа, острых желудочно-кишечных заболеваний и т. д.);
* целевую информацию - профилактика хронических заболевании (располагается в соответствии с кабинетом специалистов).

Эта программа информации доводится до реципиентов с помощью отдельных форм и средств оформления. Для настенного оформления используют светящиеся плоскости (короба) с широкоформатными цветными слайдами н несветящиеся (стенды), экспозиции плакатов и тематических выставок, а для настольного оформления - альбомы, картотеки, настольные турникеты.

В стационаре должно предусматриваться санитарно-просветительное оформление приемного отделения, лечебных отделений и холлов для посетителей. В приемном отделении и холлах для посетителей должен экспонироваться информационно-справочный материал, касающийся правил внутреннего распорядка для больных и посетителей. Помимо этого, в этих же холлах необходимо иметь материалы, освещающие роль членов семьи больного в создании его адекватной психологической установки на стационарное лечение и последующее выполнение врачебных назначений в условиях дома.

При отборе форм и средств санитарно-просветительного оформления лечебных отделений важно учитывать то обстоятельство, что больные в них находятся длительный срок. Поэтому настенные экспозиции здесь практически неприемлемы, они могут даже вызывать отрицательный эффект. Целесообразно использовать настольное оформление: альбомы, турникеты, картотеки, которые представляют собой тематическую подборку иллюстраций с текстом.

Участково-территориальный принцип здравоохранения позволяет проводить широкую санитарно-просветительную работу на объектах обслуживаемой поликлиникой территории, в первую очередь на врачебном участке.

Эта работа складывается из санитарного просвещения:

* больных и их родственников при посещениях на дому, формы и средства санитарно-просветительной работы аналогичны гигиеническому воспитанию больных с острыми заболеваниями);
* всего населения обслуживаемой территории (информация населения о профилактических и оздоровительных мероприятиях, проводимых поликлиникой, и гигиеническое воспитание населения, направленное на привитие навыков здорового образа жизни) [5].

Несомненно, значительный объем санитарно-просветительной информации население обслуживаемой территории получает через радио, кино, телевидение, прессу. Именно в жилом квартале должна быть сконцентрирована значительная часть профилактической, в том числе санитарно-просветительной, работы. Широко используются по месту жительства традиционные формы массовой и групповой санитарно-просветительной работы: лекции, профилактические приемы, вечера вопросов и ответов и тематические. Врачи лечебно- профилактических учреждений принимают участие в народных университетах здоровья.

# Список использованной литературы

1. Бедненко В.С., Гридин Л.А., Кукушкин Ю.А. Методы оценки и коррекции функционального состояния человека – М, 2001 – 112 с.
2. Вайнер Э. Н. Валеология, учебник для ВУЗов, - М.- 2007 – 350 с.
3. Краснов Е.А. Основы организации самостоятельных занятий физическими упражнениями и самоконтроль. Методическое пособие – СПб, 2000 – 45 с.
4. Куколевский Г.М. Врачебные наблюдения за спортсменами. М.: Физкультура и спорт, 1975
5. Санитарное просвещение в деятельности лечебно-профилактических учреждений // http://www.medkurs.ru/terap/polik/section3189/27089.html