

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ  
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ  
ЖИЗНИ, ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ПРАВИЛЬНОМУ  
ПИТАНИЮ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ  
ПОМОЩИ ДЛЯ РАБОТЫ С НАСЕЛЕНИЕМ**

**Алматы 2014**

**Авторы:**

д.м.н., профессор Баттакова Ж.Е., к.м.н. Мукашева С.Б., д.м.н. Токмурзиева Г.Ж., д.м.н., профессор Слажнёва Т.И., д.м.н., профессор Хайдарова Т.С., к.м.н. Палтушева Т.П., Медеубаева К.К., магистр медицины Адаева А.А., Сайдамарова Т.К., Алиева А.К., Сулейманова Н.А., магистр медицины Акимбаева А.А., Длимбетова Д.О.

**Рецензенты:**

д.м.н. Оспанова Д.А.  
к.м.н. Давлетов К.К.

**Аннотация**

Социально-ориентированная первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) признана основой развития здравоохранения в современных условиях. Она ориентируется на нужды населения, учитывает роль поведенческих и социальных факторов, влияющих на заболеваемость и, используя современные технологии формирования здорового образа жизни и профилактики даёт наибольший эффект в деле улучшения здоровья населения. Методические рекомендации содержат современные подходы к формированию здорового образа жизни и профилактики поведенческих факторов риска социально значимых заболеваний взрослого и детского населения на уровне первичного звена здравоохранения, основанные на доказательствах, соответствующих международным требованиям и внедряемых в республике Казахстан.

Методические рекомендации предназначены для медицинских работников, специалистов ПМСП и службы формирования здорового образа жизни, психологам, психотерапевтам, социальным работникам, врачам и медицинским сестрам первичной медико-санитарной помощи, преподавателям и студентам высших и средних специальных учебных заведений, в системе повышения квалификации, учёным и специалистам, работающим в различных сферах, населению.

Методические рекомендации рассмотрены и одобрены решением Ученого Совета Национального центра проблем формирования здорового образа жизни (протокол № 1 от «10» февраля 2014 г).

Утверждены решением Экспертного Совета Республиканского Центра развития здравоохранения № 4 от 10 июня 2014 г.

### Список сокращений:

АГ	-	артериальная гипертензия
АД	-	артериальное давление
АПО	-	амбулаторно-поликлиническая организация
СД	-	сахарный диабет
СМИ	-	средства массовой информации
ВА	-	врачебная амбулатория
ВОЗ	-	Всемирная организация здравоохранения
ДДУ	-	детские дошкольные учреждения
ЗОЖ	-	здоровый образ жизни
ИБС	-	ишемическая болезнь сердца
ИМТ	-	избыточная масса тела
ИОМ	-	информационно-образовательные материалы
ЛВП	-	липопротеиды высокой плотности
ЛПН	-	липопротеиды низкой плотности
ЛПО	-	лечебно-профилактическая организация
МЗ РК	-	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МП	-	медицинский пункт
НЦПФЗОЖ	-	Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
ОИР	-	оценка индивидуального риска
ПК	-	профилактическая консультация
ПМСП	-	первичная медико-санитарная помощь
РК	-	Республика Казахстан
РМЖ	-	рак молочной железы
РШМ	-	рак шейки матки
ФАП	-	фельдшерско-акушерский пункт
ФЗОЖ	-	формирование здорового образа жизни
ХНЗ	-	хронические неинфекционные заболевания
ЦНС	-	центральная нервная система
ШЗ	-	Школы здоровья

## Оглавление

Введение.....	5
1. Социально-ориентированная модель первичного здравоохранения в Казахстане.....	6
2. Технологии формирования здорового образа жизни.....	11
3. Методы формирования здорового образа жизни.....	11
4. Метод мотивационного интервьюирования.....	13
5. Школа здоровья по поведенческим факторам риска.....	17
6. Молодёжные центры здоровья.....	38
7. Антитабачные центры (кабинеты).....	43
8. Скрининговые обследования населения в рамках Национальной скрининговой программы.....	47
9. Психологическая помощь в системе первичного здравоохранения.....	58
10. Роль социального работника в здравоохранении.....	60
11. Отдел симуляционного обучения.....	62
12. Информационная кампания.....	66
Заключение.....	68
Список использованных источников.....	69

## Введение

В Государственной программе развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы определено усиление комплексных профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально-значимых заболеваний и травм в Единой национальной системе здравоохранения. Комплексная модель организации ПМСП – поход, целью которого является повышение эффективности оказания медицинской помощи за счет внедрения службы семейных врачей, делегирования ряда врачебных функций среднему медицинскому персоналу, введения в штат организаций ПМСП лиц, не осуществляющих медицинскую деятельность (социальных работников и т.д.), развития у персонала организаций ПМСП навыков и умений в сфере оценки проблем медицинских, социальных и психологических проблем обслуживаемого населения, проведения разъяснительной работы, консультирования больных и т.д.

Многочисленные исследования зарубежных и казахстанских учёных показывают, что большинство хронических неинфекционных заболеваний можно предотвратить. В их развитии важную роль играют личные привычки и социальные условия, модели поведения и такие факторы, как курение, нерациональное питание, потребление алкоголя, низкая физическая активность и т.д., то есть именно те факторы, которые подвержены влиянию культурной среды. Подверженность этим детерминантам заболеваний, связанных с образом жизни, хотя и зависит от социального окружения, в основном является проблемой самого человека. Значит, она может быть изменена, а риск развития заболевания – значительно снижен.

Наибольшая доля смертей (86%) и бремени болезни (77%) обусловлены группой социально значимых заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет. В основе этих заболеваний лежат поведенческие факторы риска, такие, как курение, потребление алкоголя и другие.

Проведенные социологические исследования и скрининговые обследования показали, что распространенность табакокурения среди населения старше 12 лет в Казахстане составляет 22,6%, потребления алкоголя – 39,4%, избыточной массы тела – 36,9%, из них с ожирением – 7,7%, недостаточного потребления фруктов и овощей – 87,7%, низкой физической активности – 86,7%.

Большая распространенность факторов риска сформировала высокую распространенность хронических неинфекционных заболеваний. Именно эти заболевания, а также травмы, несчастные случаи и отравления возглавляют структуру заболеваемости и смертности населения Казахстана.

Международный опыт указывает на высокую эффективность профилактических мероприятий. Так, своевременное выявление и качественное лечение артериальной гипертензии приводит к сокращению на 30-40% риска инсульта. При проведении широкомасштабных профилактических мер в США за период с 1972

по 1994 гг. удалось снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в 2 раза, а смертность от инфаркта – в 2,5 раза. Только за счет снижения среднего уровня холестерина, распространенности курения и повышенного артериального давления смертность от ишемической болезни сердца в Финляндии снизилась на 80% в 1972-1992 гг. В Ирландии за период с 1985 по 2000 гг. на 48,1% удалось снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Профилактические программы в бывшем СССР также позволили снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 41%.

Совершенствование профилактических услуг в медицинских организациях ПМСП осуществляется на основе приказа МЗ РК № 89 от 2 февраля 2012 года «Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально значимых заболеваний», призванных обеспечить специалистов ПМСП методическим материалом для работы с населением. Для создания эффективной и доступной системы оказания первичной медицинской помощи приказом №7 от 5 января 2011 года и последующим приказом от 17 августа 2013 года № 479 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» изменена структура организаций ПМСП, внедрены Центры семейного здоровья и организованы отделения профилактики и социально-психологической помощи. На повестке дня стоит вопрос обучения специалистов ПМСП современным основам профилактической деятельности по предупреждению заболеваний и формированию здорового образа жизни среди населения.

**Целью** настоящих методических рекомендаций является совершенствование профилактической, социальной и психологической помощи на уровне специалистов ПМСП путем повышения уровня знаний по борьбе с поведенческими факторами риска и современными технологиями работы с населением.

## **1. Социально-ориентированная модель первичной медико-санитарной помощи в Казахстане**

Деятельность ПМСП в Казахстане регламентируется приказом МЗРК от 17 августа 2013 года № 479.

Первичная медико-медико-санитарная помощь оказывается специалистами ПМСП (врач общей практики, участковый врач-терапевт/педиатр, участковая медицинская сестра/медицинская сестра общей практики, фельдшер, акушер(ка) в:

- 1) медицинском пункте;
- 2) фельдшерско – акушерском пункте;
- 3) врачебной амбулатории (Центр семейного здоровья);
- 4) в поликлинике.

Центр семейного здоровья (далее – ЦСЗ) является самостоятельным юридическим лицом или структурным подразделением поликлиники.

Центр семейного здоровья оказывает первичную медико-санитарную по-

мощь (доврачебную, квалифицированную) населению в амбулаторных условиях, на дому, дневном стационаре, стационаре на дому, включающую в себя:

1) предоставление пациентам доврачебной, квалифицированной медицинской помощи при острых и хронических заболеваниях, травмах, отравлениях или других неотложных состояниях;

2) оказание неотложной медицинской помощи на дому;

3) обследование пациентов с целью раннего выявления заболеваний;

4) лечение пациентов;

5) направление пациентов на госпитализацию в соответствии с Приказом № 492;

6) продолженную и позднюю медицинскую реабилитацию больных с нарушениями функций, ограничениями жизнедеятельности и трудоспособности;

7) диспансеризацию и профилактические осмотры;

8) оказание объема медицинских услуг ПМСП согласно приложению № 2 к настоящему Положению;

9) лекарственное обеспечение прикрепленного населения в соответствии с Приказом № 786;

10) проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах инфекционных заболеваний;

11) экспертизу временной нетрудоспособности больных, направление в территориальные органы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;

12) ведение статистического учета и отчетности в соответствии с Приказом № 907, в том числе в электронном формате;

13) проведение разъяснительной работы среди населения о профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни с использованием средств массовой информации, оформления стендов и наглядной информации, а также проката на постоянной основе в холлах и местах ожидания аудио-видеоматериалов по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни;

14) вовлечение населения в процесс охраны здоровья граждан путем обучения населения методам само- и взаимопомощи в экстренной и кризисной ситуации, привитие навыков самосохранительного поведения с организацией школ, клубов, групп поддержки, общественных советов, подготовки волонтеров и лидеров;

15) гигиеническое обучение населения, в том числе по вопросам охраны семьи, материнства, отцовства и детства;

16) разъяснительную работу по безопасному водоснабжению и рациональному питанию населения;

17) организацию и проведение иммунопрофилактики;

18) обеспечение реализации профилактических и скрининговых программ в соответствии с Приказом № 685;

19) оказание психологической помощи и специальных социальных услуг прикрепленному населению;

20) проведение лечебно-диагностических мероприятий по онконастороженности, выявлению туберкулеза, заболеваний, передающихся половым путем, своевременную передачу информации о выявленных больных в соответствующие медицинские организации;

21) химиотерапию больных туберкулезом на поддерживающей фазе лечения;

Центр семейного здоровья имеет в своем составе:

- 1) кабинет заведующего отделением;
- 2) кабинеты приема врачей общей практики, участковой службы (врача-терапевта/педиатра), врача-педиатра по работе с детскими дошкольными учреждениями и учебными заведениями;
- 3) кабинет врача акушер-гинеколога;
- 4) дневной стационар;
- 5) вспомогательные подразделения: кабинет медицинской статистики, анализа и информатизации, стерилизационный кабинет;
- 6) регистратуру;
- 7) доврачебный кабинет (фильтр);
- 8) процедурный кабинет;
- 9) прививочный кабинет;
- 10) лабораторию;
- 11) кабинеты физиотерапевтического лечения;
- 12) кабинет химизатора;
- 13) кабинет забора мокроты;
- 14) отделение профилактики и социально-психологической помощи, имеющее в составе:

- кабинет заведующего отделением;
- доврачебный кабинет;
- кабинет акушерского приема (смотровой);
- кабинет социального работника/психолога;
- кабинеты здорового образа жизни/школы диабета, астмы, артериальной - ----
- гипертензии, подготовки к родам, молодой матери и по другим профилям;
- кабинеты молодежного центра здоровья.

В профилактической деятельности ключевая роль принадлежит отделениям профилактики и социально-психологической помощи, которые являются структурным подразделением Центра семейного здоровья, оказывающего профилактические, социальные и психологические услуги в рамках ПМСП.

Специалисты отделения профилактики и социально-психологической помощи оказывают услуги населению в рамках ПМСП, в амбулаторных условиях, на дому и включают в себя:

- 1) реализацию профилактических и скрининговых программ в соответствии с Приказом № 685;
- 2) организацию преемственности со службой формирования здорового образа жизни;



3) составление списка лиц из прикрепленного населения, подлежащих скрининговым осмотрам в разрезе обслуживаемых территориальных участков;

4) адресное уведомление (по месту жительства и по месту работы) лиц целевой группы из числа прикрепленного населения о необходимости прохождения профилактических осмотров и скрининговых исследований с указанием необходимого объема. Адресные уведомления с приглашением на профилактический осмотр и скрининговые исследования доводятся месту жительства, а также по месту работы для работающих лиц с уведомлением работодателя о необходимости прохождения работниками профилактического осмотра и скрининговых исследований в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

5) определение времени и графика осмотра лиц, подлежащих профилактическим осмотрам и скрининговым исследованиям, в том числе профильными специалистами, в соответствии с объемом исследований;

6) формирование и мониторинг целевой группы населения с наличием факторов риска заболеваний по результатам проведенных профилактических осмотров и скрининговых исследований;

7) проведение обучения лиц с факторами риска заболеваний и больных методам профилактики, формированию здорового образа жизни в соответствии с Алгоритмами пропаганды здорового образа жизни на уровне ПМСП;

8) организация деятельности школ здоровья по профилям, молодежного центра здоровья, клуба пожилых людей;

9) проведение на постоянной основе патронажа лиц с хроническими формами заболеваний;

10) оказание психологической помощи и специальных социальных услуг прикрепленному населению в соответствии с Приказом № 630 и методическими рекомендациями, утвержденным уполномоченным органом;

11) ведение статистического учета и отчетности в соответствии с Приказом № 907, в том числе в электронном формате, а также анализ статистических данных.

Деятельность отделения проводится в трех направлениях: профилактическом; психологическом; социальном.

Деятельность профилактического направления входит в компетенцию специалистов доврачебного кабинета, кабинет врача акушерского приема (смотровой); кабинета здорового образа жизни; кабинета планирования семьи; кабинета здорового ребенка; кабинетов школы диабета, астмы, артериальной гипертензии, подготовки к родам, молодой матери и по другим профилям; кабинета молодежного центра здоровья.

**Деятельность направления по оказанию психологической помощи входит в компетенцию психолога и включает в себя:**

1) оказание помощи отдельным людям и группам в определении собственных нужд и потребностей в социальной помощи, защите и обслуживании согласно утвержденным стандартам оказания социальной помощи;

2) работа с различными секторами в пределах социального обслуживания

(дети, семьи, пожилые и т. д.);

3) работа в партнерстве с организациями, осуществляющими социальные услуги (правительственные и неправительственные организации);

4) проведение обучения и тренингов, необходимых для осуществления деятельности и повышения ее качества;

5) выполнение административных функций по управлению, планированию социальной работы.

**Деятельность направления по оказанию специальных социальных услуг для лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации согласно Закону РК от 29 декабря 2008 года N114-IV «О специальных социальных услугах» входит в компетенцию социального работника в сфере здравоохранения и включает в себя:**

1) проведение работы, направленной на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности больных;

2) осуществление работы по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию больных;

3) оказание помощи больным и их родственникам в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем;

4) проведение работы по обучению медицинского персонала вопросам медицинской, социальной психологии и деонтологии.

Деятельностью отделения профилактики и социально-психологической службы руководит заведующий отделением, который осуществляет организацию работы коллектива отделения по трем направлениям; обеспечивает разграничение зоны ответственности каждого направления деятельности с эффективным взаимодействием между ними; контроль и мониторинг по оказанию своевременной и качественной профилактической и социально-психологической помощи; анализ деятельности отделения и принимает на его основе меры по улучшению деятельности отделения; - ведение статистического учета и отчетности в соответствии с Приказом МЗ РК от 23 ноября 2010 года №907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения», анализ статистических данных.

Рост эффективности внедрения социально-ориентированной первичной медико-санитарной помощи может быть обеспечен через комплексный подход управления медицинской организацией, который должен включать:

- Эффективную организационную структуру, отвечающую характеру и объёму работы медицинской организации;

- Чёткое распределение функциональных обязанностей без дублирования Функций;

- налаженное взаимодействие как внутри организации, так и с внешними организациями и ведомствами;

- подготовленные кадровые ресурсы социально-ориентированной ПМСП и их непрерывное образование:

- установленные стандарты, процедуры, алгоритмы деятельности;
- достижимые, измеряемые индикаторы, отражающие конечный результат.

Таким образом, дальнейшее развитие социально-ориентированной модели ПМСП в Казахстане позволит повысить эффективность в области профилактики, диагностики и лечения заболеваемости населения, приведёт к поэтапному улучшению качества медицинских услуг.

## **Пропаганда здорового образа жизни**

### **2. Технологии формирования здорового образа жизни**

Формирование здорового образа жизни проводится на всех этапах оказания профилактической помощи населению, т.е. при первичной и вторичной профилактике.

К технологиям формирования здорового образа жизни на уровне ПМСП относятся:

1. Технология оценки образа жизни с целью выявления поведенческих факторов риска, формирования групп риска:

- 1) опрос, обследование;
- 2) выездной патронаж;
- 3) определение групп риска.

2. Технология информирования населения на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях:

На популяционном уровне:

- 1) привлечение населения к широкомасштабным акциям (месячникам, проведению Международных Дней по профилактике заболеваний и борьбе с факторами риска);
- 2) работа со средствами массовой информации;
- 3) распространение информационно-образовательных материалов.

На индивидуальном и групповом уровнях:

- 1) беседа;
- 2) лекция;
- 3) раздача информационно-образовательных материалов.

3. Технология обучения населения навыкам здорового образа жизни и профилактики заболеваний на индивидуальном и групповом уровнях включает следующее:

- на индивидуальном уровне – профилактическая консультация;
- на групповом уровне – семинары, школы здоровья для пациентов и лиц с факторами риска.

### **3. Методы формирования здорового образа жизни**

**Опрос** – метод диагностики, выявляющий привычки, модели поведения, условия его формирования для определения индивидуальных подходов к работе с пациентом.

**Патронаж** - сбор объективной информации с целью оценки образа жизни пациента в условиях его проживания.

**Обследование** – дополнительные методы диагностики, применяемые для оценки количественных характеристик поведенческих факторов риска.

**Беседа** – интерактивный метод информирования, при этом медицинский работник задает пациентам вопросы, а не просто излагает информацию. Это делает процесс информирования опирающимся на имеющиеся знания пациентов. Усвоение информации повышается до 10%. Длительность беседы – 3 минуты.

**Профилактическая консультация** (индивидуальная и групповая) – взаимное обсуждение медицинского работника и пациента/пациентов имеющих проблем с выработкой конкретных рекомендаций по оздоровлению. Длительность консультации – 10 минут.

**Лекция** – используется в организованных коллективах во время медицинских профилактических осмотров. Во время лекции усваивается до 5% информации. Поэтому в ходе лекции необходимо использовать и другие методы (беседа, наглядные пособия, видеоматериалы). Продолжительность лекции – 20 минут, оптимальное число слушателей до 40 человек.

**Семинар-тренинг** – активная форма усвоения знаний, формирования отдельных умений и навыков. Состоит из упражнений с использованием методов группового обучения. Продолжительность тренинга – 20 минут.

**Информационно-образовательные материалы.** К ним относятся буклеты, брошюры, памятки и т.д. о здоровом образе жизни и профилактике заболеваний. Эффективность усвоения материала – 20%. В данном блоке также необходима работа со средствами массовой информации (телевидение, радио, печать), характеризующиеся широким охватом аудитории.

**Школы здоровья, школы для пациентов и лиц с факторами риска** – организационная форма обучения населения по приоритетным проблемам укрепления и сохранения здоровья. Школы здоровья для различных целевых групп (больные и члены их семей, лица с факторами риска, и др.) организуются в форме постоянно действующего интерактивного общения, например: “коронарные клубы”, “школы больных астмой”, “школы больных артериальной гипертонией” и пр. Школы предполагают наличие унифицированных программ подготовки преподавателей и обучаемых, соответствующего информационного обеспечения. Частота проведения занятий – 1 раз в неделю по 50-100 минут, продолжительность обучения на цикле – 1-2 месяца. Оптимальное количество обучающихся в группе – до 10 человек.

Для успешного проведения занятий используются *методики интерактивного обучения*. Работа в группах дает почувствовать пациентам, что они не изолированы и не останутся наедине со своими проблемами, поможет каждому стать более уверенным в своих силах, обучающиеся могут обмениваться идеями, информацией

*Обсуждение в группах.* Этот метод позволяет обсудить свое отношение к про-

блеме, мысли и идеи, возникшие в процессе изучения информации, выяснить отношение к проблеме других участников.

*Обучение практикой действия.* Метод включает использование ролевых игр, проигрывание ситуаций, практических занятий, т.е. виды работы, при которых участник испытывает процесс изменения объекта, происходящего в результате какого либо явления.

#### **4. Метод мотивационного интервьюирования**

Особенностью современного этапа развития профилактической медицины является использование Мотивационной Модели Интервьюирования, рекомендуемое международными экспертами, которая базируется на транс-теоретической модели изменения поведения. Было установлено, что многие попытки влиять на пациентов были ограничены «подталкиванием», в котором клиницист читал лекции, объяснял, призывал, критиковал, вдохновлял или угрожал пациенту страшными последствиями. Однако изменений не происходило в результате реактанса (реактивного сопротивления), который мешает изменения, потому что люди мотивированны, поддерживать ощущение независимости и сопротивляются принуждению другими.

**Мотивационное интервьюирование** — это особая техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменений и выражает принятие клиента. Эта техника была разработана как краткосрочный, основанный на принятии клиента и избегающий споров и убеждений способ помощи кому – либо в изменении своего поведения. Мотивация — это система стимулов (мотивов), побуждающих человека к действию или бездействию. Мотив — это побуждение совершить какое-то действие или бездействие.

Мотивы объясняют, почему человек начинает действовать, почему он делает именно это, а не что-то другое, и почему он воздерживается от некоторых действий. В качестве мотивов действия или бездействия могут выступать потребности и интересы, влечения и эмоции, установки и идеалы.

Хочу, Могу и Буду изменений состоят из мотивов. Эти мотивы различны и иногда могут противоречить друг другу. Это важно учитывать, рассматривая с клиентом идею изменений.

Мотивационное интервьюирование объединяет самые эффективные и в то же время простые приемы ведения беседы (вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка), использование которых определяется основными принципами и задачами метода. Когда приемы используются согласно принципам и направлены на достижение конкретных задач, которые поставлены на каждом этапе работы, это называется стратегией. Используя одну за другой разные стратегии, можно подвести клиента к принятию решения о его поведении.

Процесс изменения поведения состоит из двух компонентов:

- 1) размышления по поводу изменения поведения;
- 2) собственно изменения поведения.

Размышление по поводу изменения поведения включает:

- осознание проблемы (человек получает новую информацию о последствиях употребления наркотиков, что заставляет его задуматься);
- эмоциональные переживания по поводу проблемы (переживание сильных эмоций из-за событий, связанных с употреблением наркотиков, например смерть друга от передозировки, или у знакомого, с которым вместе употребляли наркотик, диагностирована ВИЧ - инфекция);
- осознание степени влияния проблемы на других людей, особенно — близких (имея ребенка, человек начинает замечать шприцы на детской площадке);
- переоценка самого себя (мысли и чувства по поводу своей личности и своих проблем, например размышления о том, что его больше не успокаивает употребление наркотика, либо попытки представить себя как человека, не употребляющего наркотики)
- оценка социальных ресурсов (что можно было бы использовать в качестве поддержки изменений, например, какие есть возможности для участия в терапевтической программе).

### **Принципы Мотивационного интервьюирования**

Пытаясь помочь клиенту разобраться со своим поведением с помощью Мотивационного интервьюирования, консультант старается следовать таким основным принципам:

- сопереживать клиенту;
- выявлять противоречия (колебания и сомнения по поводу проблемы) и работать с ними;
- избегать споров, прямого убеждения и попыток доказать;
- уменьшать сопротивление;
- поддерживать, развивать самостоятельность клиента в принятии и реализации решений.

Отличительная особенность этого вмешательства состоит в том, что от пациента не требуют немедленного отказа от вредных привычек. Значительное время уделяется формированию у человека мотивации к позитивному изменению поведения. Все технологии воздействия зависят от того на какой стадии изменения находится пациент.

Определить на какой стадии находится любой человек, страдающий вредной привычкой можно с помощью вопросов.

**Таблица 1 - Стадии изменения поведения относительно вредных привычек:  
Этапы изменения поведения.**

<b>Стадия изменения и характеристики стадии</b>	<b>Задача социального работника</b>	<b>Что предпринимать для выполнения задач (подробнее о действиях социального работника в следующих главах)</b>
<p><b>Стадия преднамерения</b> Человек не задумывается над необходимостью изменений. Осознание позитивов употребления значительно перевешивает негативы</p>	<p>Заронить сомнение - способствовать осознанию рисков и проблем, связанных с практикуемой моделью поведения</p>	<p>Установить взаимопонимание. Принять недостаток готовности. С самого начала прояснить ситуацию: решения принимает сам клиент. Предлагать и предоставлять информацию в нейтральной, не осуждающей манере. Объяснить риск и рассмотреть его в отношении к клиенту Предложить информацию, которая будет способствовать снижению вреда. Поощрять переоценку существующей модели поведения. Поощрять самоанализ, а не действия.</p>
<p><b>Стадия намерения</b> Человек испытывает двойственность по поводу изменений. Находится в нерешительности. Не включает изменения в свои планы на ближайший месяц</p>	<p>Определить и развить причины для изменений и риски, связанные с отсутствием изменений. Укреплять самостоятельность и уверенность в собственных силах относительно изменения поведения</p>	<p>Принять недостаток готовности. Прояснить ситуацию: решения принимает сам клиент. Проанализировать с клиентом хорошее и не очень хорошее в употреблении наркотиков. Проанализировать схему обычного дня. Поощрять анализ оценку всех «за» и «против» изменения поведения. Понять, обобщить и высказать колебания и сомнения клиента по поводу изменений. Подчеркивать новые, положительные перспективы изменений, обнаруженные в результате анализа и оценки. Отслеживать и отражать, усиливая высказывания клиента, направленные на побуждение самого себя. Избегать соблазна предлагать доводы в пользу изменения (необходимо поощрять самого клиента делать это)</p>
<p><b>Стадия подготовки к действиям</b> Человек принимает решение измениться и делает первые попытки — «пробует воду». Планирует начать изменения уже в течение одного месяца</p>	<p>Помочь человеку наметить оптимальный план действий, направленных на изменения</p>	<p>Изучить вместе варианты и стратегии поведения. Определить проблемы и препятствия, поддержать в их преодолении. Помочь клиенту определить возможные источники социальной поддержки. Помочь клиенту поверить в его скрытые способности для осуществления изменения поведения. Поощрять небольшие начальные шаги</p>

<p><b>Стадия действий</b> Человек пробует вести себя по-новому в течение 3—6 месяцев</p>	<p>Поддержать клиента в его первых шагах к изменениям</p>	<p>Помочь в процессе определения целей, в планировании. Поддержать при решении проблем. Помочь в определении препятствий изменений и факторов, поддерживающих и закрепляющих изменения. Сосредоточиться на признаках изменения и социальной поддержке. Укреплять самостоятельность и уверенность в собственных силах при преодолении препятствий. Помогать преодолевать чувство утраты прежнего образа жизни. Проговаривать и укреплять понимание долговременных преимуществ изменения</p>
<p><b>Стадия поддержания изменений</b> Человек длительное время (от 6 месяцев до 5 лет и более) придерживается нового образа поведения</p>	<p>Поддержать клиента в определении факторов срывов и помочь разработать и применить стратегии профилактики срывов</p>	<p>Поддержать клиента в побуждении самого себя. Обсудить возможность противостояния срывам. Определить стратегии преодоления срывов, которые дали хороший результат. Исследовать и спрогнозировать факторы, которые могут вызвать срыв. Составить план поддержки (близкие, группы самопомощи, консультант)</p>
<p><b>Стадия срыва</b> (необязательная стадия) Человек возвращается к прежним моделям поведения</p>	<p>Помочь клиенту вернуться к процессу размышлений, подготовки к действиям, чтобы он не разочаровался и не застрял на прежних моделях поведения после срыва</p>	<p>Помочь клиенту проанализировать случившийся срыв. Поддержать клиента в рассмотрении срыва как поучительного опыта, а не как провала. Оценить вместе ситуации, связанные с высоким риском. Сосредоточиться на всех «за» и «против» того, чтобы немедленно вернуться к попыткам изменить поведение</p>

Таким образом, ценность транс- теоретической модели изменения поведения состоит в том, что при использовании данной технологии предлагаются различные вмешательства, специфичные для каждой стадии, на которой может находиться конкретный пациент.

С начала 2013 года НЦПФЗОЖ использует транс- теоретическую модель изменения поведения в учебном процессе в рамках Программы 014 МЗ РК «Повышение квалификации и переподготовки кадров государственных организаций здравоохранения». Данный подход преподается слушателям в виде мастер-класса. В течение занятий материал предлагается слушателям не в форме лекции, а практикуется активное участие слушателей в проведении занятия с отработкой практических навыков.

На занятиях слушатели рассказывают о своем опыте в области борьбы с вред-



ными привычками и о своих ожиданиях относительно проводимого мастер-класса. Слушателям также предлагается на занятиях определить свою систему ценностей: что для каждого из них в жизни является главным, что имеет большое значение, а что – второстепенное. Овладение этой технологией играет важную роль в работе с пациентами, т.к. при проведении работы по борьбе с вредными привычками специалист исходит из системы ценностей пациента. Необходимо отметить, что вредные привычки всегда противоречат ценностям пациента, но необходимо эту идею убедительно донести до его сознания.

Как правило, человек, имеющий вредную привычку, на первом этапе «сопротивляется»: он отрицает наличие проблемы, или приуменьшает ее значение, говорит, что сейчас неподходящее время для отказа от вредной привычки, пытается убедить окружающих в «невозможности» преодоления вредной привычки. Помочь пациенту осознать проблему можно путем использования технологии мотивационного интервью. Все слушатели разбиваются по парам и отрабатывают практические навыки проведения мотивационного интервью. При этом один из слушателей играет роль пациента, имеющего вредную привычку, а другой – специалиста, помогающего от этой привычки избавиться. Затем слушатели меняются ролями.

При отработке практических навыков мотивационного интервью, слушатели учатся использовать такие подходы, как открытые вопросы, побуждающие вопросы, аффирмация, оценка важности проблемы и возможности ее решения, рефлексия, суммирование результатов мотивационного интервью.

Кроме того, в процессе проведения занятия отрабатываются технологии побуждения пациента к принятию обязательств. Необходимо отметить, что даже сообщение теоретического материала происходит с активным участием слушателей в обсуждении.

Учитывая вышеизложенное быстрое внедрение мотивационного интервьюирования в процессе применения различных методов формирования здорового образа жизни будет расширять возможности человека к снижению поведенческих факторов риска развития заболеваний.

## **5. Школа здоровья по поведенческим факторам риска**

Школа здоровья по поведенческим факторам риска – это организационно оформленная совокупность средств и методов группового воздействия на пациентов и население, направленных на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по предупреждению развития поведенческих факторов риска заболеваний. Это форма первичной профилактики, направленная на устранение условий возникновения и развития заболеваний, укрепление и сохранение здоровья, повышения физической активности и правильного питания, является видом медицинской профилактической услуги группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания – по МКБ-10 класс XXI, Z30 – Z31, Z71-Z73), оказываемого пациентам в первичном звене здравоохранения.

Школа поведенческих факторов риска организуется в соответствии с пунктом 6 статьи 87, пунктом 1 статьи 154 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и приказом № 146 от 05.03. 2012года.

**Цель обучения** – проведение вмешательств по профилактике и выработке способности у пациентов к целенаправленным действиям по преодолению поведенческих факторов риска развития заболеваний, обучение населения навыкам здорового образа жизни, формирование в пациентах ответственности за сохранение собственного здоровья, приверженности к выполнению рекомендаций врача.

**Задачи Школы поведенческих факторов риска:**

- создание постоянно действующей информационно-образовательной системы обучения, направленной на процесс изменения поведения людей в отношении своего здоровья;
- повышение информированности пациентов о поведенческих факторах риска (далее- ФР) развития заболеваний, повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек: курения, злоупотребления алкоголем);
- формирование рационального и активного отношения пациента к своему здоровью, мотивации к оздоровлению, приверженности к выполнению рекомендаций медицинских работников;
- формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья;
- формирование у пациентов практических навыков по анализу причин, факторов, влияющих на здоровье и обучение пациентов составлению плана индивидуального оздоровления.

**Знания, получаемые в Школе поведенческих факторов риска:**

- информация о влиянии поведенческих факторов риска (вредные привычки, нерациональное питание, низкая двигательная активность и др.) на здоровье;
- информация об основах здорового питания, двигательной активности, управление стрессом, отказ от вредных привычек: курения, злоупотребления алкоголем;
- информация о принципах диетического питания при ожирении, повышенном артериальном давлении, нарушениях жирового обмена и др. состояниях организма.

**Практические навыки, прививаемые в ходе обучения в Школе поведенческих факторов риска:**

- применение полученных знаний для самоконтроля за состоянием здоровья;
- контроль массы тела, определение ИМТ, принятие решения бросить курить, контроль уровня стресса и другие;

- самоконтроль своего артериального давления;
- соблюдение назначений врача;
- применение средств доврачебной помощи и самопомощи.

### **Темы занятий Школе поведенческих факторов риска:**

- физическая активность;
- здоровое питание;
- профилактика табакокурения;
- профилактика чрезмерного употребления алкоголя;
- соблюдение личной гигиены;
- профилактика стрессов и привитие навыков по стрессоустойчивости;
- коммуникативные навыки, конфликты и психологическое здоровье.

Пошаговый алгоритм проведения занятий представлен далее:

#### **Занятие 1. Физическая активность**

Продолжительность занятия до 100 минут (рассчитывается в соответствии с показателями физического здоровья, возрастной категории, половой принадлежности).

Структура занятия:

1. Вводная часть.
2. Информационная часть.
  - 2.1. Что такое физическая активность.
  - 2.2. Как оценить физическую тренированность.
  - 2.3. Как аэробная физическая активность влияет на здоровье.
  - 2.4. Как избежать осложнений при физических тренировках.
  - 2.5. Как повысить повседневную физическую активность.
  - 2.6. Как построить программу тренирующих занятий.
  - 2.7. Как контролировать интенсивность физической нагрузки.
3. Вопросы и ответы

**Физическая активность** – это совокупность различных моделей поведения человека, «движение тела при помощи мышечной силы, сопровождающееся расходом энергии», измеряется степенью превышения расхода энергии над основным обменом веществ (ВОЗ, 1994).

В связи с развитием интенсивной механизации, компьютеризацией большинства отраслей, малоподвижный образ жизни стал обычным явлением современной жизни. В то же время результаты научных исследований убедительно доказали, что низкая физическая активность наряду с курением, избыточной массой тела, повышенным содержанием холестерина в крови способствует развитию таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца и инсульт, сахарный диабет и остеопороз. Физическая активность, реализуемая в режиме оздоровления, может снизить общую смертность и повысить качество жизни. Тем не менее, любая

физическая нагрузка должна быть плановой, дозированной с постоянным мониторингом состояния здоровья и работы сердечно-сосудистой системы. При всех видах физической нагрузки необходимо строго придерживаться правила «вход-выход». То есть необходимо начинать с минимальных нагрузок, дозу наращивать постепенно и если возникает необходимость прекратить занятия, то выйти надо с постепенным снижением дозы нагрузки. Каждое занятие строится строго по схеме: разминка – основная часть – заключительная часть.

### **Какова цель повышения уровня физической активности?**

Целью повышения уровня физической активности является расширение адаптационных возможностей организма для улучшения здоровья через достижение достаточного уровня физической тренированности, увеличение выносливости организма, а также гибкости, координации движений и мышечной силы.

Как увеличить уровень повседневной физической активности?

Для достижения оптимального уровня повседневной физической активности рекомендуется:

- отказаться от общественного наземного транспорта и частично – лифта, ходить пешком;
- заниматься утренней гигиенической гимнастикой и гимнастикой в тренирующем режиме;
- проводить регулярные занятия каким-либо видом оздоровительной физкультуры (ходьба, плавание, велосипед, лыжи, медленный бег и т.д.);
- заниматься физическим трудом (работа по дому, на приусадебном участке и пр.);
- играть в подвижные игры (волейбол, бадминтон, теннис и т.д.).

Физические упражнения необходимо начинать осторожно, поэтапно и постепенно. При занятиях физической активностью в пожилом возрасте очень важно придерживаться следующих принципов:

- начинать занятия физической активностью с разминки (медленная ходьба и потягивания, упражнения для дистальных отделов конечностей и постепенное включение в нагрузку всего аппарата кровообращения);
- пациенты должны постепенно увеличивать занятия до 30 минут в день. Если до этого они вели малоподвижный образ жизни, этот период должен продолжаться минимум три недели;
- наиболее эффективны – ходьба по пересеченной местности, плавание, езда на велосипеде, тренировки на велоэргометре, тренажере и др., а также ежедневная утренняя гимнастика (или длительная прогулка в лесу, парке, сквере).

Рекомендации по повышению уровня физической активности требуют большего внимания, должны проводиться специалистом, желательно после тестирования на толерантность к физическим нагрузкам. С большой осторожностью должны включаться в тренировки пожилых людей такие виды нагрузок как бег, прыжки, упражнения с тяжестями, которые могут явиться причиной травматизма и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Также для этой категории лиц ис-

ключаются все виды соревновательной деятельности, упражнения с длительной задержкой дыхания, с резкими движениями, вращениями головой, с длительными наклонами головы вниз, подскоками и т.п.

### **Основные рекомендации для лиц с ожирением:**

- пациентам с ожирением рекомендуется физическая активность от низкого до умеренного уровней: ходьба, езда на велосипеде, гребля или плавание;
- если снижение веса является основной целью программы физической активности, рекомендовать ежедневную аэробную активность, утилизация 3500 калорий сжигает примерно 450 г жира;
- длительные занятия физической активностью (более 30 минут) приводят к использованию жира как источника энергии. Таким образом, целесообразнее рекомендовать увеличение занятия за счет продолжительности и объема, чем за счет увеличения интенсивности, следует принимать во внимание климатические условия.

Необходимо уметь оценить физическую тренированность. Именно ее чаще всего рассматривают как тренированность сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Существуют различные способы оценки: от надежных, но дорогостоящих и трудоемких (например: на велоэргометре), которые можно провести только в специализированных отделениях поликлиник или в кардиологическом диспансере, до самых простых. Один из таких простых и доступных способов пациент может провести самостоятельно дома. Предварительно измеряется частота пульса в покое за 1 минуту. Затем выполняется нагрузка: 20 приседаний за 30 секунд. Через 3 минуты после выполнения приседаний повторить замер пульса. Если разность между величиной пульса до и после нагрузки через 3 минуты составит менее 5 ударов в минуту, то реакция сердечно-сосудистой системы хорошая, от 5 до 10 - удовлетворительная, более 10 - неудовлетворительная или низкая.

Физически активные люди имеют хорошее самочувствие, они устойчивы к стрессам, имеют здоровый сон.

### **Правильное построение занятия**

- **разминочная фаза**, во время которой необходимо разогреть организм, размять мелкие группы мышц, и лучше всего для этого подходит медленная ходьба;
- **основная часть**, в которой занимаются следующими видами аэробной нагрузки (бег, ходьба, плавание, ритмическая гимнастика, аэробные танцы и т.д.);
- **заключительная часть** - резко прекращать движения нельзя, их нужно продолжить, но в более медленном темпе, постоянно снижая интенсивность. Это фаза остывания.

### **Занятие 2. Здоровое питание**

Продолжительность занятия 100 минут

Структура занятия

1. Вводная часть
2. Информационная часть
  - 2.1. Каким должно быть питание здорового человека? Как рекомендуется пи-

таться при артериальной гипертонии?

2.2. Информирование пациентов об основных принципах здорового питания

2.3. Составление суточного меню для пациента.

2.4. Обучение пациентов методике расчета энергетической сбалансированности пищевого рациона.

2.5. Обучение пациентов самоанализу собственных факторов риска, связанных с привычками и характером повседневного питания, и рациональному составлению индивидуального плана оздоровления.

2.6. Составление списка легко- и трудновыполнимых изменений в привычках питания и дополнение индивидуального плана оздоровления.

3. Вопросы-ответы

Правильное здоровое питание сокращает риск сердечных заболеваний, а также диабета и некоторых видов рака. Правильное питание помогает поддерживать нормальный уровень холестерина, контролирует кровяное давление, а также предотвращает набор лишнего веса.

Под здоровым питанием понимается обеспеченность потребности организма во всех питательных веществах, необходимых для его здоровья. Оно должно быть разнообразным, богатым овощами и фруктами, с ограниченным потреблением насыщенных жиров, содержать масло, сыр, цельное молоко, жирное мясо, кондитерские изделия. Здоровое питание должно отвечать потребностям организма в энергии, позволяя поддерживать оптимальный вес.

### **Основные требования к построению рациона питания**

1. Снижение калорийности рациона.

2. Ограничение поваренной соли.

3. Ограничение животных жиров и холестерина.

4. Повышение содержания фосфолипидов.

5. Увеличение омега-3-жирных кислот из рыб.

6. Больше витаминов РР, С, Р, В6, Е.

7. Обогащение рациона солями калия, магния и кальция.

8. Увеличение в диете пищевых волокон.

9. Включение продуктов моря.

### **Каким должно быть питание здорового человека?**

1. Энергетически сбалансированным.

2. Полноценным по содержанию пищевых веществ.

3. Дробным и регулярным, с последним приемом пищи не позднее, чем за 2-3 часа до сна.

4. С оптимальной кулинарной обработкой.

5. С разумным употреблением алкоголя.

Важным фактором контроля массы тела является соответствие калорийности рациона энергетическим затратам организма. Энергетическая суточная потребность человека зависит от возраста (с каждым десятилетием после 30 лет умень-

шается на 7-10%), от пола (у женщин меньше на 7-10%) и, конечно, от профессии и интенсивности труда. Для мужчин от 40 до 60 лет, работа которых не связана с затратой физического труда, жителей города, она равняется в среднем 2000 – 2400 ккал, для женщин – 1600 - 2000 ккал.

Если калорийность дневного рациона превышает энерготраты организма, то это способствует образованию избыточного количества промежуточных продуктов обмена. Под влиянием ферментов эти продукты легко превращаются в жиры и откладываются в виде энергетического резерва в местах расположения жировой клетчатки.

**Таблица 2 - Калорийность основных продуктов питания (в ккал на 100 г).**

<b>Наименование продукта</b>	<b>ккал на 100 г.</b>	<b>Наименование продукта</b>	<b>ккал на 100 г.</b>
Молоко 3%, кефир	59	Готовая рыба (сиг, навага, треска, щука, ледяная)	70-106
Сметана 30%	294	Говядина готовая	267
Сливки 20%	206	Свинина готовая	560
Творог жирный	226	Куры готовые	160
Творог 9%	156	Хлеб ржаной	190
Сырки творожные	315-340	Хлеб пшеничный	203
Творог нежирный	86	Булки, сдоба	250-300
Брынза	260	Сахар	374
Плавленые сыры	270-340	Карамель	350-400
Сыр твердый	350-400	Шоколад	540
Мороженое	226	Мармелад, пастила, зефир	290-310
Масло сливочное	748	Халва	510
Маргарины	744	Пирожное	350-750
Масло растительное	898	Варенье, джемы	240-280
Майонез	627	Колбаса вареная, сосиски	260
Овощи	10-40	Колбаса полукопченая	370-450
Картофель	83	Колбаса сырокопченая	500
Фрукты	40-50	Яйца куриные (2 шт.)	157
Компоты, фруктовые соки	50-100	Сельдь	234
Консервы рыбные в томате	130-180	Консервы рыбные в масле	220-280

Питание здорового человека должно содержать достаточное количество белка. Белки являются основным строительным материалом организма, источником синтеза гормонов, ферментов, витаминов, антител. Оптимально количество белка должно равняться 1 грамму на 1 кг нормального веса. Половина белка (30—40 грамм) должна быть животного происхождения, половина (30—40 грамм) — растительного. Поэтому высокобелковых животных продуктов — мяса, рыбы, творога, яиц, сыра, содержащих около 20% белка в рационе, должно быть в сумме 200 грамм в день. Красное мясо (говядину, баранину, свинину) лучше употреблять не чаще, чем 2 раза в неделю, заменить его можно курицей, индейкой, а еще лучше — рыбой. Содержащиеся в рыбе жирные кислоты благотворно действуют на уровень холестерина в крови и на ее свертываемость. А частое употребление «красного мяса», особенно жирного, является фактором риска рака кишечника. Источниками растительного белка являются крупяные и макаронные изделия, рис и картофель. Эти продукты являются важным источником не только белка, но и углеводов, клетчатки и минеральных веществ (калий, кальций, магний), и витаминов (С, В, каротиноидов, фолиевой кислоты).

Продукты растительного происхождения являются низкокалорийными также вследствие высокого содержания в них воды. В сравнении с мясом и мясными продуктами, а также некоторыми молочными продуктами, хлеб и картофель принадлежат к группе продуктов с наименьшим энергетическим содержанием (в случае, если к ним не добавляется сливочное, растительное масло или другие типы жиров, или соусы, улучшающие вкусовые качества, но богатые энергией).

Жиры обладают не только энергетической, но и пластической ценностью, благодаря содержанию в них жирорастворимых витаминов (А, Д, Е, К), стерина, полиненасыщенных жирных кислот, фосфолипидов, поэтому они нужны организму. Для здорового человека они нужны в таком же количестве, что и белки (1 г на 1 кг нормального веса, пополам животные и растительные). Следует потреблять молоко и молочные продукты с низким содержанием жира (кефир, кислое молоко, сыр, йогурт). Они обеспечивают организм многими питательными веществами, богаты белком и кальцием, потреблять их нужно ежедневно. Отдавая предпочтение продуктам с низким содержанием жира, можно обеспечить организм в полной мере кальцием и поддерживать низкое потребление жира.

Углеводы условно подразделяются на две группы: сахара (моно- и дисахариды) и крахмалсодержащие углеводы и клетчатка. Основным моносахаридом является глюкоза. Большинство углеводов пищи в процессе пищеварения превращаются в глюкозу. Другим представителем моносахаридов, содержащимся, в основном, во фруктах, является фруктоза.

Каждый тип перечисленных сахаров обеспечивает организм равным количеством энергии. Исключение составляют сахара, которые не полностью всасываются, например сорбитол и ксилит. Искусственные заменители сахара, такие, как сорбитол, ксилит, сахарин и аспартам являются ингредиентами многих диетических продуктов. Некоторые из них практически не содержат энергии и могут быть



полезными для больных с сахарным диабетом и ожирением. Продукты, содержащие много рафинированных сахаров, являются источником энергии, но практически не содержат питательных веществ, не являются необходимыми компонентами здоровой диеты и могут быть исключены из рациона взрослых.

Общее потребление поваренной соли с учетом соли, содержащейся в хлебе, консервированных и других продуктах, не должно превышать 1 чайной ложки (5-6 граммов) в день. Рекомендуется использовать йодированную соль. Поваренная соль содержится в натуральном виде в продуктах обычно в малых количествах. Соль часто используется для специальной обработки и консервирования продуктов. Кроме того, большинство людей досаливают пищу за столом. Соль преимущественно потребляется с продуктами, прошедшими специальную обработку (около 80% от общего потребления соли). Поэтому консервированные, соленые, копченые продукты (мясо, рыба) рекомендуется потреблять только в малых количествах и не каждый день.

Дефицит йода является распространенной патологией, особенно среди детей раннего возраста и женщин. Одним из современных способов профилактики йодного дефицита является универсальное йодирование соли.

Потребность в жидкости (воде) удовлетворяется из напитков и продуктов, кроме того, клетки организма сами образуют воду через метаболизм жиров, белков и углеводов. Продукты обеспечивают организм водой более чем наполовину. Следует рекомендовать потребление воды, соков, минеральных вод, а не газированных напитков. Жидкости необходимо потреблять в адекватных количествах, особенно в жарком климате и при повышенной физической активности. Среднее потребление всей жидкости должно равняться 1,5-2,0 литрам в день.

Питание должно быть дробным (не менее 3-4 раз в сутки), регулярным (в одно и то же время) и равномерным, последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 2-3 часа до сна.

По данным ВОЗ человеку необходимо в день употреблять не менее 400 г овощей и фруктов в свежем, консервированном или замороженном виде. Причем 70-80% овощей и фруктов нужно употреблять в свежем виде, а только 20-30% — в переработанном. Предпочтение следует отдавать продуктам местного производства. Овощи и фрукты являются источниками витаминов, минеральных веществ, крахмалсодержащих углеводов, органических кислот и пищевых волокон. Потребление овощей должно превышать потребление фруктов приблизительно в соотношении 2:1. Одним из пищевых факторов риска, который, как предполагается, вносит вклад в повышение сердечно-сосудистой заболеваемости и заболеваемости раком, является дефицит антиоксидантов (каротиноидов, витаминов С и Е), который может быть восполнен овощами и фруктами.

Недостаток антиоксидантов способствует развитию атероматозных бляшек сосудов различной локализации. Особенно он выражен у курильщиков, поскольку сам процесс курения вызывает образование гигантского количества свободных радикалов. Высокое потребление антиоксидантов с овощами и фруктами помога-

ет защитить организм от их повреждающего действия.

Бобовые, арахис, хлеб, зеленые овощи, такие, как шпинат, брюссельская капуста и брокколи являются источниками фолиевой кислоты. Она играет важную роль в снижении факторов риска, связанных с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, рака шейки матки, анемии.

Потребление овощей и фруктов, содержащих витамин С, наряду с продуктами, богатыми железом, такими, как бобовые, злаковые, будет улучшать усвоение железа. Его источниками являются: листовая зелень семейства капустных — брокколи, шпинат. В овощах и фруктах содержатся также витамины группы В и минералы: магний, калий и кальций, которые могут снизить риск повышения АД.

Следует ограничить потребление «видимого» жира в кашах и на бутербродах. Риск развития основных неинфекционных заболеваний, таких, как ишемическая болезнь сердца, инсульт, рак и сахарный диабет инсулиннезависимого типа связан с потреблением большого количества животного жира и жирных кислот, входящих преимущественно в состав твердых жиров и «видимого» жира.

### **Занятие 3. Профилактика табакокурения.**

Продолжительность занятия 100 минут.

Структура занятия

1. Вводная часть

2. Информационная часть

2.1. Компоненты табачного дыма. Влияние курения на индивидуальное здоровье. Миф о легких сигаретах

2.2. Метод опроса: оценка типа курительного поведения и статуса курения

2.3. Никотиновая зависимость.

2.4. Современные методы лечения табакокурения.

3. Вопросы и ответы.

Курение увеличивает риск развития рака легких, мочевого пузыря, желудка - курильщики в 10 раз чаще заболевают раком, чем некурящие; обструктивных заболеваний легких; язвенной болезни желудка; нарушений мозгового кровообращения; поражений периферических артерий, костной системы (развивается остеопороз – потеря костной ткани, ломкость костей), кожи (она становится желтой, дряблой, сухой, покрывается преждевременными морщинами, курящие люди выглядят значительно старше своих сверстников), зубов (они становятся желтыми и подвержены кариесу в значительно большей степени), страдает вся нервная система: курильщиков отличает раздражительность, частая смена настроений, повышенная утомляемость; снижается потенция и фертильность у мужчин, влияя на количество и качество спермы; способствует развитию слабоумия и болезни Альцгеймера у продолжающих курить пожилых лиц. Все выше сказанное - далеко не полный перечень вредного воздействия курения на организм, но уже это должно поставить перед курящим человеком вопрос: не следует ли отказаться от курения незамедлительно?

В составе табачного дыма содержится более 3400 компонентов и химических

соединений. При этом более 200 из них являются в разной степени токсичными для человека и метко ударяют в свои органы-мишени.

В последнее время большую популярность, особенно среди молодежи, приобрели так называемые «легкие» сорта сигарет. Любые сигареты оказывают вредное воздействие на организм человека.

Отрицательное воздействие на организм оказывает также пассивное курение, вред которого длительное время во всем мире недооценивался. У лиц, длительно находящихся в накурленном помещении, значительно возрастает риск развития сердечно-сосудистых болезней, а риск заболеть раком увеличивается в 5 раз. Доказано, что если некурящий человек находится среди курящих несколько часов, то можно считать, что он выкурил не менее 10 сигарет.

### **Типы курительного поведения**

**«Курительное поведение»** – комплексная характеристика индивидуальных особенностей поведения курящего, причины курения, характера курения и т. д., позволяющая наряду с другими характеристиками (возраст, пол, стаж и интенсивность курения, стадия курения, микросоциальная среда, психологическая готовность к отказу от курения) выбрать наиболее приемлемый подход к лечению табакокурения в каждом конкретном случае.

С клинической точки зрения предлагается дифференцировать курение табака на привычку к курению и табачную зависимость. Для определения типа курительного поведения рекомендована анкета, разработанная Д. Хорном (см. раздел Антитабачные центры). На основании этой анкеты выделяют курительное поведение шести типов: «стимуляция», «игра с сигаретой», «расслабление», «поддержка», «жажда», «рефлекс». Тип курительного поведения в большинстве случаев носит смешанный характер, но опрос по анкете Д. Хорна позволяет выделить:

- доминирующий тип курения;
- ситуации привычного поведения;
- причины курения.

**«Стимуляция».** Курящий человек верит, что сигарета обладает стимулирующим действием: взбадривает, снимает усталость. У курящих людей с данным типом отмечается высокая степень психологической зависимости от никотина, симптомы астении и вегето-сосудистой дистонии.

**«Игра с сигаретой».** Человек как бы «играет» в курение. Ему важны «курительные» аксессуары: зажигалки, пепельницы, сорт сигарет. Нередко он стремится выпускать дым на свой манер. В основном курят в ситуациях общения, «за компанию». Курят мало, обычно 2-3 сигареты в день.

**«Расслабление».** Курят только в комфортных условиях. С помощью курения человек получает «дополнительное удовольствие» к отдыху. Бросают курить долго, много раз возвращаясь к курению.

**«Поддержка».** Этот тип курения связан с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. Курят, чтобы сдерживать гнев, преодолеть застен-

чивость, собраться с духом, разобраться в неприятной ситуации. Относятся к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение.

**«Жажда».** Данный тип курения обусловлен физической привязанностью к табаку. Человек закуривает, когда снижается концентрация никотина в крови. Курит в любой ситуации, вопреки запретам.

**«Рефлекс».** Курящие данного типа не только не осознают причин своего курения, но часто не замечают сам факт курения. Курят автоматически, человек может не знать, сколько выкуривает в день, курит много: 35 и более сигарет в сутки. Курят чаще за работой, чем в часы отдыха; чем интенсивнее работа, тем чаще в руке сигарета.

#### **Методы выявления табачной зависимости:**

- 1) определение наличия данного фактора риска путем опроса (Вы курите?);
- 2) определение стадии курения (Сколько лет Вы курите? Сколько сигарет в среднем в день Вы выкуриваете?). Критерий регулярного курильщика – курение ежедневное или иногда;
- 3) определение степени фармакологической зависимости (время первой утренней сигареты после пробуждения);
- 4) установление типа курения по анкете Хорна для определения причины курения.

#### **Стадии курения:**

I стадия (случайного курения) – стаж 5-10 лет, в среднем выкуривается 5 сигарет в день. В основном психологическая зависимость. Соматические изменения отсутствуют или слабо выражены вегето-сосудистые изменения. При отказе от курения абстиненции нет.

II стадия (привычного курения) – стаж 10-20 лет, выкуривается в среднем 5-20 сигарет в день. Зависимость фармакологическая, устойчивость к табаку повышена. Соматическая патология. Отказ от курения сопровождается выраженными симптомами абстиненции.

III стадия (пристрастного курения) – стаж более 20 лет, выкуривается более 20 сигарет в день, часто натошак, среди ночи. Фармакологическая зависимость, устойчивость высокая. Сомато-неврологическая патология. Отказ от курения сопровождается стойкой и выраженной абстиненцией.

**Технология проведения занятия.** Медицинские работники ПМСП должны оценивать курение также как любую другую медицинскую проблему. В ежедневной работе врача поликлиники, предлагаются следующие основные стратегии профилактической работы с пациентами по отказу от курения:

1. Первичная консультация с рекомендациями по прекращению курения, которые могут включать раздачу информационно-образовательного материала пациентам.
2. Повторная консультация или регулярные визиты (1, 3 и 6 месяцев после первой консультации) для закрепления отказа от курения.
3. Многократное назначение заместительной терапии (типа жевательной ре-

зинки с никотином или кожных пластырей с никотином, и т.д.) для временного облегчения эффекта отмены никотина с подробным инструктажем пациентов о правильном использовании препаратов.

Рекомендации участникам. Отказ от курения - длительный и сложный процесс; стратегия отказа индивидуальна для каждого пациента, в зависимости от его состояния и степени табачной зависимости.

#### **Занятие 4. Профилактика чрезмерного употребления алкоголя**

Продолжительность занятия 100 минут.

Структура занятия

1. Вводная часть

2. Информационная часть

2.1. Употребление опасных доз алкоголя. Влияние алкоголя на индивидуальное здоровье.

2.2. Стадии изменения поведения, связанного с употреблением алкоголя

2.3. Обучение пациентов с алкогольными проблемами в условиях ПМСП

2.4. Современные методы лечения табакокурения

3. Вопросы и ответы

Употребление опасных доз алкоголя может быть определено как уровни потребления алкоголя, которые, могут нанести вред психологическому или физическому состоянию: потребление 350 г и более алкоголя (960 спирт) в неделю для мужчин и 210 г или более – для женщин. По данным ВОЗ 10 мл алкоголя соответствует: 1 кружка обычного пива (285 мл); 5 кружек безалкогольного пива; 1 бокал столового вина (120 мл); 1 рюмка крепленного вина (60 мл); 1 стопка водки или коньяка (25 мл).

Совет врача ПМСП включает следующие элементы:

1. Информация о том, что потребление пациентом алкоголя является опасным;

2. Информация о тех рисках, которые вероятны при продолжении такого потребления;

3. Установление алгоритмов по изменению алкогольного поведения;

4. Оказание поддержки в том, что потребление не является зависимостью, и человек способен изменить его стиль.

#### **Стадии изменения поведения, связанного с употреблением алкоголя**

Модель изменения поведения включает следующие стадии: предразмышление, размышление, приготовление, действие, поддержание, рецидив. В любой момент времени около 40% пациентов с алкогольными проблемами находятся на стадии предразмышления, т.е. еще не готовы изменить потребление алкоголя – сократить его или прекратить. Еще около 40% размышляют о возможностях такого изменения, и именно они нуждаются в помощи специалистов для принятия решения. И только 20% больных, сразу начнут следовать рекомендациям врача по изменению алкогольных привычек. Переходя на стадию действия, пациент принимает на себя ответственность за осуществление этого решения и начинает меняться. Наконец, на стадии поддержания изменений, необходимо продолжение контактов специ-

алистов с пациентом для подкрепления и контроля достигнутых результатов.

### **Обучение пациентов с алкогольными проблемами в условиях ПМСП**

Обучение, проводимое врачом ПМСП, включает следующие сведения:

1. Общие сведения об алкоголе
2. Данные о безопасном уровне потребления
3. Связь употребления и соматических расстройств
4. Информация о способах снижения вреда
5. Причины развития зависимости и факторы риска
6. Основные симптомы алкогольной зависимости
7. Течение и прогноз
8. Виды терапии: препараты (антидепрессанты, дисульфидам) и психотерапия.

### **Рекомендации предложенные ВОЗ для врачей всех специальностей:**

1. Постоянно спрашивать всех пациентов (от 16 до 74 лет), которые приходят на консультацию по любой причине, об их потреблении алкоголя.

2. Спрашивать пациентов с тахикардией, артериальной гипертензией и расстройствами желудочно-кишечного тракта (гастрит, панкреатит), тревогой и бессонницей о потреблении ими алкоголя.

3. Вести запись в медицинской документации о потребляемом алкоголе (количество и частота) для всех пациентов, которые регулярно его потребляют.

4. Рекомендовать не начинать потреблять спиртные напитки тем, кто раньше никогда не употреблял алкоголь

5. Пациентам, злоупотребляющим алкоголем, рекомендовать снизить его потребление до реально низкого (менее двух стандартных доз в день) либо полностью отказаться от алкоголя и наблюдать за ним для укрепления мотивации

6. Применять краткосрочные вмешательства, особенно для тех, кто потребляет алкоголь в опасном для здоровья количестве и имеет связанные с этим проблемы, помогать им изменить их привычку.

## **Занятие 5. Соблюдение личной гигиены**

Продолжительность занятия 100 минут

Структура занятия

1. Вводная часть
2. Информационная часть
  - 2.1. Что такое личная гигиена
  - 2.2. Требования к соблюдению правил личной гигиены
  - 2.3. Рекомендации участникам
3. Вопросы и ответы

### **Технологии проведения занятия.**

**Личная гигиена** — совокупность правил, выполнение которых способствует сохранению здоровья. К ней относятся требования к содержанию в чистоте тела, белья, одежды, жилища, а также к приготовлению пищи.

Первоочередным является соблюдение чистоты тела, иначе нарушаются защитные свойства кожи и гомеостаз микрофлоры. Особенно легко загрязняются открытые части тела. Чистота рук обязательна при работе в учреждениях общественного питания, при приготовлении пищи дома. Основные средства для очищения кожи — мыло и вода. Душ желательно принимать ежедневно, особенно после работы, температура воды не выше 37—38°. Мыться в ванне или бане с применением мыла и мочалки необходимо не реже одного раза в неделю; после мытья обязательно меняют нательное белье. Смену постельного белья приурочивают к мытью в ванной (посещению бани). Перед сном рекомендуется менять дневное нательное белье на ночную сорочку (пижаму). Ноги мыть с мылом на ночь, лучше ежедневно, особенно летом.

Волосы лучше мыть в мягкой воде. Жирные или сухие волосы нуждаются в специальном уходе. Личная гигиена включает также уход за наружными половыми органами. Эти специальные гигиенические мероприятия следует начинать с момента рождения ребенка и проводить постоянно. Важное место в личной гигиене занимают соблюдение чистоты нательного белья, одежды, ежедневная смена носков (чулок).

Уход за полостью рта помогает сохранить зубы здоровыми и предупредить заболевания внутренних органов. Чистят зубы ежедневно утром и вечером, полощут рот после еды. Для профилактики заболеваний зубов и полости рта нужно не реже двух раз в год посещать стоматолога. Чистота тела и одежды невозможна без соблюдения чистоты в жилых комнатах, кухне, во вспомогательных помещениях. Каждому члену семьи рекомендуется иметь отдельную постель, отдельные полотенца (личное и банное).

Все эти гигиенические мероприятия, необходимые повседневно, приобретают особое значение в тех случаях, когда в семье кто-нибудь заболевает, так как нарушение требований гигиены может отрицательно сказаться на здоровье и трудоспособности окружающих больного людей, особенно детей.

#### **Рекомендации участникам:**

1. Проанализировать свои ошибки в сфере личной гигиены на основе полученной информации.
2. Рассказать о нормах и правилах личной гигиены членам семьи на основе полученной информации.

### **Занятие 6. Профилактика стрессов и привитие навыков по стрессоустойчивости**

Продолжительность занятия 100 минут

Структура занятия

1. Вводная часть
2. Информационная часть
  - 2.1. Что такое стресс?
  - 2.2. Адаптация в стрессовой ситуации

- 2.3 Тренинг релаксации
- 2.4 Понятие «стрессоустойчивость»
- 2.5. Противострессовое дыхание
- 2.6. Рекомендации участникам
- 3. Вопросы и ответы

### **Что такое стресс?**

**Стресс** – это реакция организма на перенапряжение, тревогу и ежедневную суету. Когда нагрузки становятся чрезмерными, ухудшается самочувствие, появляются другие симптомы. Слово «стресс» определяет состояние организма, при котором он пытается адаптироваться к сложным условиям жизни. Когда человек подвергается чрезмерному физическому или психическому напряжению, его организм сначала пытается защититься. Но потом приспосабливается, и реакция на повышенное напряжение становится оптимальной. Такое состояние называется положительным стрессом. Он необходим для нормального психического развития человека и адаптации к окружающей среде. Но часто организм не способен справиться с умственными или физическими перегрузками. В таком состоянии любое дополнительное напряжение может нарушить нормальное состояние человека и вызвать болезнь.

Стресс – это не болезнь, а защитный механизм организма. Но если такая защита превращается в хроническую, то человек становится уязвимым для болезней и влияние стресса может проявиться учащенным сердцебиением, высокой артериальным давлением, гастритом, запорами, выпадением волос, сыпью или аллергией, задержкой менструаций и т.д. Наиболее оправдавшим себя методом аутоанализа личного стресса является дневник стрессов, который поможет обеспечить стрессоустойчивость.

### **Общие положения**

Главным фактором и резервом здоровья участников образовательного процесса признан образ жизни, содействующий здоровью. Управляемым фактором в структуре образа жизни является стиль жизни - поведенческий компонент образа жизни. Формирование здорового стиля жизни человека рассматривается как ведущий фактор профилактики заболеваний и обеспечения здоровья человека.

### **Тренинг релаксации 30 минут**

После того как все участники интерпретировали и оценили свое стрессовое состояние психолог приступает к упражнениям по релаксации, которые могут помочь каждому выйти из состояния стресса, и применять в любых условиях: дома, на работе и т.д. Психолог включает успокаивающую/классическую музыку, к примеру Шумана, Шопена, Вивальди и т.д. и просит участников постараться вслушаться в нее, и сконцентрироваться на ней. Напоминает, что концентрация на чем-то одном способствует полной релаксации, вызывает положительные эмоции. Релаксация длится 1-2 минут.

Затем начинает проводить противострессовое дыхание: Сидя на стуле, выполняется медленный глубокий вдох через нос, на пике вдоха на мгновение за-



держивается дыхание, после чего медленно делается выдох. Все это проводится в течение 5 минут. Такое успокаивающее дыхание повторяется до 5 раз. В это время тренер предлагает участникам постараться представить себе, что с каждым глубоким вдохом и продолжительным выдохом они частично избавляются от стрессового напряжения.

После противострессового дыхания проводится минутная релаксация. Для этого тренер предлагает участникам расслабить уголки рта, увлажнить губы, и расслабить плечи. Предлагает сосредоточиться на выражении своего лица и положении тела: напоминает, что они отражают эмоции, мысли, внутреннее состояние. Вполне естественно, что никто не хочет, чтобы окружающие знали о его стрессовом состоянии. Это релаксация длится 1 минут.

Затем тренер просит всех участников оглянуться вокруг себя, внимательно осмотреть помещение, в котором они находятся, и обратить внимание на мельчайшие детали, даже если они их хорошо знают. Также просит, медленно, не торопясь, мысленно «перебрать» все предметы один за другим в определенной последовательности, и постараться полностью сосредоточиться на этой «инвентаризации». Мысленно говорить самому себе: «Коричневый письменный стол, белые занавески, красная ваза для цветов» и т. д. Это действие тренер объясняет всем что, сосредоточившись на каждом отдельном предмете, каждый отвлечется от внутреннего стрессового напряжения, направляя свое внимание на рациональное восприятие окружающей обстановки. Такая релаксация длится 10 минут. После окончания релаксации, тренер просит всех встать, поставить ноги на ширине плеч, наклониться вперед и расслабиться, голову, плечи и руки свободно свесить вниз, дышать спокойно. Фиксировать это положение 1-2 минуты, после чего все должны очень медленно поднять голову (так, чтобы она не закружилась). Данное упражнение повторить 2 раза в течение 8 минут.

В общей сложности релаксация длится 30 минут.

Общая информация по стрессоустойчивости - 35 минут

По стрессоустойчивости всех людей можно условно разделить на 4 группы:

**Стрессоустойчивые** люди всегда готовы к любым переменам и с легкостью их принимают. Они запросто преодолевают трудности в кризисных ситуациях.

**Стрессонеустойчивым** людям сложно адаптироваться к любым изменениям, им сложно менять свое поведение, установки, взгляды. Если что-то пошло не так, то они уже находятся в состоянии стресса.

**Стрессотренируемые** люди готовы к изменениям, но только ни ко мгновенным и глобальным. Этим людям свойственно адаптироваться к окружающей обстановке постепенно, без резких движений, и когда это невозможно, они легко впадают в депрессию. Если одни и те же ситуации, вызывающие стресс, повторяются, то стрессотренируемые привыкают к ним и реагируют на них уже более спокойно.

**Стрессотормозные** люди не станут меняться под воздействием внешних событий, они имеют твердые позиции и свои мировоззренческие установки. Однако

такие люди могут пойти на однократное изменение психотравмирующей сферы жизни. Если же стрессы постоянно сопровождают такого человека, то он теряется.

**Стрессоустойчивость** – это не только врожденное качество, оно очень хорошо поддается тренировке.

### **Занятие 7. Коммуникативные навыки.**

Конфликты и психологическое здоровье

Продолжительность занятия 100 минут

Структура занятия

1. Вводная часть
2. Информационная часть
  - 2.1. Что такое Коммуникативные навыки
  - 2.2. Основные техники тренинга умений
  - 2.3 Тренинг релаксации
3. Вопросы и ответы

Человеческое общество немислимо вне общения. Межличностные отношения выступает необходимым условием бытия людей, без которых невозможно полноценное формирование не только отдельных психических функций, процессов и свойств человека как личности в целом, но и главное – формирование психологического здоровья человека.

*Психологическое здоровье* является необходимым условием полноценного функционирования и развития человека в процессе его жизнедеятельности. С одной стороны, оно является условием адекватного выполнения человеком своих возрастных, социальных и культурных ролей (ребенка или взрослого, учителя или менеджера, россиянина или австралийца и т. п.), с другой стороны, обеспечивает человеку возможность непрерывного развития в течение всей его жизни.

Человек с момента рождения находится во взаимодействии с другими людьми, но порой люди, отличающиеся высокими достижениями в изучении явлений материального мира, оказываются беспомощными в области межличностных отношений, поскольку не имеют коммуникативных способностей. Решение коммуникативных отношений имеет важное значение, как для каждого конкретного человека, так и для общества в целом.

Психологические отношения человека в развитом виде представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности.

**Цель занятия:** развитие коммуникативных способностей для лучшего взаимодействия с людьми для укрепления психологического здоровья.

**Технология проведения занятия. Основные техники тренинга умений:**

1. Сосредоточенность на наблюдаемом поведении.
2. Десенсибилизация- снятие межличностной тревоги, чувствительности с помощью присутствия в группе людей с аналогичными проблемами, и с помощью поддерживающих реакций группы. Например, человек с низкой самооценкой кор-

ректирует её, услышав мнение о себе со стороны группы.

3. Учебная модель решения проблемы. Это своего рода образец поведения, на который ведущий призывает ориентироваться. Ведущий демонстрирует модель «как надо делать», как поступает хороший учитель, руководитель, родитель и т.д. Например, хорошая жена не критикует супруга в присутствии посторонних, не критикует родителей супруга (и) и т.д.

4. Репетиция поведения. Это ролевое проигрывание сложных ситуаций. Например, обратиться с просьбой, отказать, сделать комплимент, замечание. В тренинге умений учатся говорить о своих желаниях, состоянии, радости, агрессии, не говорить «да», когда хочешь сказать «нет», делать замечания, просить о снисхождении.

5. Оценка изменений, достигнутых результатов в поведении. Осуществляется как с помощью психодиагностических процедур (тестирование), так и на основании самоотчетов и группового мнения.

6. Домашняя работа. Заключается в заполнении дневников, самоотчётов и выполнении поведенческих заданий (например, устроить в семье, никого не предупредив, День радости, День любви; заговорить с незнакомым человеком, познаться, пригласить куда-либо и т.д.).

**Наиболее распространённые задания в тренинге модификации поведения:**

**2.1. Тренировка уверенности в себе.** Каждому члену группы дается задание подумать и описать ситуацию, в которой ему хотелось бы действовать увереннее. На основании сходства описанных ситуаций производится деление группы на подгруппы по 5-6 человек, которые обсуждают и описывают эту ситуацию. Затем добровольно формируется пара для тренировки. Они, меняясь ролями, разыгрывают ситуацию. Остальные члены подгруппы дают на нее позитивную обратную связь. Обсуждается ситуация и поведение, что понравилось (не понравилось), что хотели бы изменить. Это упражнение по очереди выполняет вся группа. После овладения данной ситуацией она усложняется. При этом важно дать неуверенному человеку возможность побеждать в каждом случае и получать удовольствие от положительного опыта.

**2.2. Тренировка на умение вести разговор.** Цель подобного рода упражнений - снижение тревожности, связанной с межличностным общением, и тренаж коммуникативных умений. Группу разбивают на пары, в которых партнеры по очереди задают вопросы и самым подробным образом отвечают на них. Затем по очереди в парах один рассказывает о себе, другой даёт пару фраз, интерпретацию, уточнение, тем самым поддерживая разговор. После проигрывания пяти минут диалога партнеры меняются ролями и обсуждают возникшие трудности и переживания.

**2.3. Тренировка борьбы с фобиями.** Участникам предлагается закрыть глаза, расслабиться и мысленно представить себе ситуацию или предмет, вызывающий слабую тревогу. Затем снова расслабиться и снова мысленно представить более

сложные экстремальные ситуации и опять расслабиться. И так до тех пор, пока участник становится в состоянии представить себе всю иерархию ситуаций, не испытывая тревоги. Главная идея такого тренинга заключается в замещении тревожных реакций и страха релаксацией. Этот метод эффективно используется для устранения страха перед публичными выступлениями, экзаменами, при сексуальных нарушениях.

**3. Принципы коммуникативного общения и решения конфликтных ситуаций.** Одним из ведущих факторов, влияющих на психологическое и физическое здоровье, являются конфликтные ситуации.

3.1. Техника и правила общения благоприятного коммуникативного общения по Дейлу Карнеги: а) Не перебивай; б) Слушай; в) Не возражай; г) старайся согласиться; д) Не обвиняй; е) Избегай нелестных слов; ж) Найди и скажи добрые и приятные слова.

### **3.2. Методика решения конфликтных ситуаций.**

**Конфликт** – естественная часть общественной жизни каждого из нас. Выделяют пять ступеней распознавания и преодоления конфликтов:

- Распознать конфликт - спросить «Когда вы чувствуете обиду, раздражение?»
- Ваши чувства - Если вы поняли, что входите в конфликтную ситуацию, спросите себя: «что я чувствую, почему возникло это чувство? Что чувствует другой спорящий, почему, чем это вызвано?»
- Чего мы хотим? - Выясните, чего мы добиваемся в споре? В чем причина конфликта? Чего я хочу? Чего хочет мой оппонент?
- Наши идеи - Найдите идеи, которые бы устроили вас и оппонента, т.е. то, что оба получают того чего хотят
- Наш план - Найдя решение, которое удовлетворит обоих, начните осуществлять эти решения совместно, улучшайте ваши отношения, укрепляйте дружбу.

**3.3. Регулирование конфликтных ситуаций.** Д.Карнеги рекомендует 9 базовых положений:

1. Имейте критическое мнение о себе; объективное понимание этого будет способствовать конструктивному регулированию конфликтов.
2. Люди с низкой самооценкой часто вступают в ссоры и конфликтные ситуации.
3. Лица с высокой самооценкой реже конфликтуют и всегда находят общий язык, чтобы не допустить его, а если возник конфликт – благополучно разрешают его.
4. В каждом конфликте есть определенный положительный потенциал. Это объясняется тем, что так можно узнать и понять желание и потребности другого. Это поможет понять, улучшить отношения друг к другу и пойти навстречу своему оппоненту.
5. Без положительного взаимодействия, доброго отношения невозможно разрешить конфликт положительным образом, т.е. конструктивно.
6. Для чего необходимо учиться обладать специальными навыками общения,

уступчивости, убеждения, которые позволят превратить конфликт в источник взаимопонимания, развития и роста добрых отношений.

7. Конструктивным навыкам общения и регулирования конфликтов вполне можно научиться, и применять их при необходимости.

8. Для того, чтобы стратегия регулирования конфликтов была бы эффективной, она должна быть, как можно больше интегрирована во все уровни и слои жизни общества. Важнейшими уровнями интеграции урегулирования конфликтов является семья, коллектив, ВУЗы, регион, государство.

9. Положительные подходы и взаимодействия в разрешении любых видов конфликтов являются гарантом сохранения психического и социального статуса здоровья.

**4. Рекомендации для участников.** Преимущества людей, обладающих навыками коммуникативного общения, бесспорны. Следовательно, встает вопрос о массовом развитии коммуникативных навыков, в настоящее время существует множество социально-психологических тренингов.

**Социально-психологический тренинг** - это наиболее эффективный на настоящее время и широко используемый в цивилизованном мире метод обучения психологическим навыкам построения межличностных отношений в специально создаваемых малых группах при содействии ведущего-психолога.

В группе с помощью специальной системы психологических упражнений и игр у участника появляется возможность увидеть себя и свои проблемы глазами других людей, безопасно для себя примерить множество новых ролей, приобрести необходимые навыки и умения общения, которые не удалось получить в семье, усвоить новые формы поведения, осознать и, в конечном итоге, решить свои проблемы, быть счастливым.

4.1. Требования для участников:

4.1.1. Правило активности. В групповой работе участвуют все.

4.1.2. Правило искренности. Каждый участник искренен, что способствует установлению доверительных отношений в группе.

4.1.3. Правило равноценности. В группе все равны. В ней нет статусных различий.

4.1.4. Правило «здесь и теперь». Обсуждению в группе подлежит только то, что происходит непосредственно в ходе тренинга.

4.1.5. Правило конфиденциальности. Информация, обсуждаемая в группе и касающаяся личных жизненных историй каждого, не выносится за ее пределы.

4.1.6. Правило конструктивной обратной связи. Участники договариваются не давать общую оценку личности, а говорить о поведении, описывать происходящее.

## 6. Молодёжные центры здоровья (МЦЗ)

Молодёжные центры здоровья – специальная служба, оказывающая комплексную медико-психо-социальную помощь подросткам и молодёжи в организациях ПМСП.

### **Актуальность.**

За последнее десятилетие, как во всем мире, так и в нашей стране, резко изменилось сексуальное поведение молодых людей, порождающее комплекс проблем:

- нежелательная беременность;
- инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), включая СПИД;
- сексуальное насилие;
- психологические расстройства.

По данным Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗРК в результате проведенного в 2012 году исследования по разработке национальных показателей, характеризующих воздействие профилактических программ на состояние репродуктивного здоровья подростков и молодых людей 14-29 лет, уровня их осведомленности и навыков безопасного поведения было установлено, что в Казахстане подростки и молодёжь 14-29 лет недостаточно информированы о превентивном поведении и практикуют опасное сексуальное поведение. Так, на наличие половых контактов в возрасте 14 лет указывает 8,4% подростков. В 15 лет в половые контакты вступают до 33,1% подростков, а в 19 лет -каждый второй молодой человек (49,2%). Значительную часть подростков и молодёжи не беспокоит практика беспорядочных половых связей с повышенным уровнем риска. 41,0% подростков и молодёжи 14-29 лет имеют половые связи более чем с одним партнёром.

Использование контрацептивов среди подростков и молодёжи ещё не стало характерным для их репродуктивного поведения. Высоким (22,4%) оказался процент подростков и молодых людей, которые не использовали презервативы при последнем половом контакте или не помнили о применении средств контрацепции, независимо от места проживания

В Казахстане наблюдается высокий уровень подростковой беременности. Среди девушек-подростков 14-29 лет, которые вступали в половые контакты, у каждой пятой (21,3%) наступила беременность. По данным ТОО «Мединформ» за 2011 год на учет по поводу беременности в целом по стране было взято 22 081 девушек-подростков в возрасте 14-29 лет (2,9% от их общей численности). Число зарегистрированных родов за период 2011 года у девушек-подростков 14-29 лет составило 12 362, т.е. 55,7% от числа девушек, взятых на учет по беременности.

Сексуальная активность молодёжи и подростков 14-29 лет подвергает их риску возникновения инфекций передающихся половым путём. Среди лиц, отметивших у себя проявления ИППП - 62,1% юношей и девушек жаловались на язвы в области половых органов, 61,8% юношей отмечали жжение и боль при мочеиспускании, выделения из полового органа, а 48,3% - боль и отечность мошонки. 50% девушек жаловались на боли в области нижней части живота, не связанные с

менструацией и на патологические выделения из половых органов. Это указывает на необходимость оптимизации всей системы мер по улучшению сексуального и репродуктивного здоровья подростков и молодежи 14-29 лет и создания специальных служб в системе здравоохранения.

Молодёжные Центры здоровья организованы в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года №381. На начало 2014 года в республике функционирует в организациях ПМСП 76 Молодёжных центров здоровья.

### **Обоснование для создания Молодежных центров здоровья**

- социальная значимость здоровья подростков;
- резкое ухудшение здоровья и социальной защищенности подростков;
- недостаточность базовой медицинской помощи, высокая потребность в медико-социальной помощи;
  - психическая и социальная незрелость подростков, отсутствие осознанного отношения к своему здоровью и навыков самостоятельного обращения за помощью, отсутствие навыков самонаблюдения и адекватного выражения своих чувств и мыслей;
  - изменение структуры заболеваний молодежи с нарастанием удельного веса «болезней рискованного поведения». Эпидемии ВИЧ-инфекции, заболевания, передающиеся половым путем, употребление наркотиков вынуждают ускорить развитие служб, предназначенных для решения проблем здоровья подростков;
  - снижение влияния семьи, ранний пубертат, раннее начало половой жизни и позднее супружество создают существенные проблемы в охране репродуктивного здоровья;
  - необходимость комплексного подхода и межведомственного взаимодействия в охране здоровья подростков и молодежи.

### **Основные принципы оказания услуг в Молодежных центрах здоровья**

- ориентированность на подростков и молодежь;
- приоритетность консультативной и профилактической помощи;
- доступность;
- бесплатность в рамках ГОБМП;
- приемлемая форма организации обслуживания;
- нацеленность на наиболее уязвимые группы;
- комплексность и эффективность.

### **Задачи МЦЗ**

I. Обеспечение медико-психосоциальной помощью преимущественно по следующим проблемам:

- планирование семьи;
- гинекология, в т.ч. детская и подростковая;
- урология, в т.ч. детская и подростковая;
- консультация психолога;

- консультация врача по профилактике ВИЧ;
- консультация дерматовенеролога;
- профилактика поведенческих факторов риска (табакокурение, употребление алкоголя и наркотиков);
- социальные и правовые вопросы.

II. Обучение подростков приобретению и формированию следующих навыков:

1. ведения здорового образа жизни (профилактическое направление);
2. сексуальной и психоэмоциональной культуры, социально-правовых знаний в области профилактики ИППП, СПИДа и нежелательной беременности;
3. осознанного, ответственного и безопасного сексуального поведения для снижения рискованных ситуаций;
4. социального поведения (равенство, уважение, взаимопонимание, умение оценить ситуацию, бесконфликтность), формирования ответственного партнерства (отцовство), подготовка к семейной жизни.

III. Подготовка учебно-методических, информационных материалов, программ, в том числе:

1. оказание информационных услуг, обеспечивающих подростков и молодежь современными знаниями в вопросах охраны репродуктивного здоровья, сексуального и репродуктивного поведения, использование надежных и безопасных контрацептивных средств, предупреждение нежелательной беременности;
2. разработка информационно-методических материалов;
3. соответствующее обучение и информирование, в том числе – по правовым вопросам, медицинских работников, педагогов, представителей общественных и молодежных организации, средств массовой информации;
4. по психокоррекции поведения подростков; формированию установки на здоровый образ жизни; профилактика ИППП, наркомании, алкоголизма и т.д.

IV. Обеспечение преемственности в работе с другими ЛПО:

1. своевременное направление на консультацию в профильные ЛПО (в том числе в городские консультативно- диагностические центры и кризисные центры, специализированные стационары и т.д.);
2. осуществление диспансерного наблюдения и проведение реабилитационных мероприятий подросткам, прошедшим основной курс лечения в узкоспециализированных профильных ЛПО.

V. Обеспечение социально-правового сопровождения подросткам и молодым людям.

VI. Межсекторальное сотрудничество (общеобразовательные школы, средние и высшие учебные заведения, управления образования, здравоохранения, Акимат, служба здорового образа жизни, наркологический диспансер, психоневрологический диспансер, центр СПИД, кожно-венерологический диспансер, средства массовой информации).

### **Технология работы.**

Молодые люди должны иметь реальную возможность получения услуг: про-



стоту процедуры обращения, выполнение гарантий бесплатной медицинской помощи, комплексность оказываемых услуг, возможность получить любую интересующую информацию и т.п.

Для привлечения молодых людей в МЦЗ необходимо проводить информационно-массовые мероприятия, например, выпускать буклеты с информацией о центрах и распространять их в местах скопления молодежи, видеоролики на телевидении. Разработаны логотип в единой цветовой гамме (оранжево-салатной), информационное послание молодежных центров здоровья в СМИ, веб-сайт (zhas.kz).

Важно, чтобы работа МЦЗ была доступна как для девушек, так и для юношей. Молодые люди с ограниченными физическими или ментальными возможностями должны обслуживаться в центре наравне со всеми, не испытывая при этом чувства предубежденного отношения к себе, а только позитивное отношение.

В МЦЗ необходимо строго соблюдать принцип конфиденциальности, подросток должен полностью доверять врачу и говорить с ним обо всем. Лишь в некоторых крайних ситуациях врач должен убедить подростка осведомить родителей или близких людей о проблеме, например об искусственном прерывании беременности (в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 июня 2004 года № 565-11 «О репродуктивных правах человека и гарантиях их осуществления»).

Необходимо мотивировать подростков к самостоятельному, осознанному обращению к врачу не только в связи с заболеванием, но и с профилактической целью, а также проявление доброй воли в выборе услуг и следовании рекомендациям медицинского работника.

Важное значение имеет максимально доброжелательное отношение со стороны персонала, основанное на понимании и принятии особенностей подростка, уважении, терпимости, соблюдении конфиденциальности и поддержке в выражении собственного мнения.

**Оказание консультативной, лечебно-профилактической помощи подросткам и молодежи осуществляется по следующим направлениям.**

- Консультирование по вопросам планирования семьи; ознакомление подростков и молодежи с современными средствами и методами контрацепции, показаниями и противопоказаниями к их применению; консультирование и динамичное наблюдение за пациентами, особенно в случаях возникновения побочных эффектов и осложнений на фоне использования контрацептивов.

- Распространение и учет средств контрацепции

- Консультирование по всем проблемам периода полового созревания, вопросы безопасных сексуальных отношений, предупреждение нежелательной беременности, ИППП, ВИЧ – инфекции.

- Проведение заключительного этапа реабилитации юных пациенток после прерывания беременности, включая профилактику повторной нежелательной беременности, а также консультирование в случае возникновения осложнений (по желанию пациентки).

- Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение девочек подростков с воспалительными заболеваниями органов малого таза (далее – ВЗОМТ), своевременное направление пациенток с острыми ВЗОМТ или с обострением хронических ВЗОМТ на стационарное лечение.

- Диагностика и лечение пациенток с заболеваниями шейки матки; направление на углубленное (цитологическое, вирусологическое) обследование, осуществление диспансерного наблюдения.

- Первичная диагностика патологии молочной железы у девочек подростков и своевременное направление для обследования и лечения к специалисту хирургу – маммологу.

- Активное выявление и лечение подростков с ИППП, направление пациентов с сифилисом и гонореей в ГКВД.

- Диагностика и направление на лечение в профильные учреждения мальчиков-подростков и юношей с врожденными и приобретенными заболеваниями половых органов.

- Медико-психологическое консультирование подростков по проблемам общего психического здоровья, сексуальных отношений в подростковом возрасте; медико-психологическая коррекция нарушений всех видов поведения подростков; проведение индивидуальных и групповых психологических тренингов с подростками и молодежи.

- Лечебно-диагностическая деятельность осуществляется путем организации индивидуальных приемов подростков, обращающихся в МЦЗ самостоятельно или по направлению специалистов других ЛПО. Все лечебно-диагностические мероприятия с подростками проводятся в строгом соответствии с законодательством РК.

#### **Оказание социальных и психологических услуг направлено на:**

Социальную защиту подростков, находящихся в кризисной ситуации, касающейся их репродуктивного здоровья (сексуальное насилие, нежелательная беременность, ИППП, ВИЧ-инфекция и т.д.)

Взаимодействие с психолого-педагогическими, медико-социальными центрами и органами социальной защиты.

Взаимодействие с социальными педагогами и психологами образовательных организаций.

#### **Учебно-методическая работа обеспечивает:**

Проведение образовательных семинаров, тренингов, конференций, круглых столов, встреч, индивидуальных консультаций для родителей подростков, педагогов, социальных работников, медицинского персонала и психологов образовательных и лечебно-диагностических организаций города и регионов.

Отбор и подготовка лидеров (волонтеров) из молодежной среды для работы с подростками.

Взаимодействие и привлечение к совместной работе представителей молодежных и общественных организаций, социальных служб, средств массовой инфор-

мации, личное участие в образовательной, санитарно-просветительской работе среди населения, в том числе выступления на телевидении, радио, статьи в периодической печати и т.п.

Участие в подготовке информационных и методических материалов для населения, специалистов ЛПО, работников образовательных учреждений.

#### **Подготовка кадров.**

Обучение специалистов проводится в Национальном центре проблем формирования здорового образа жизни на цикле тематического усовершенствования квалификации врачей (156 часа) с выдачей сертификата государственного образца и на кафедре акушерства и гинекологии на цикле «Подростковая гинекология».

Предусмотрены серии интерактивных тренингов по психосоциальному консультированию при технической поддержке международных неправительственных организаций (КМПА).

Обучение специалистов Молодежных центров здоровья (медицинские работники, психологи, социальные работники) по теме «Охрана репродуктивного здоровья подростков и молодежи», «Психосоциальное консультирование подростков и молодежи» и т. д. в «Летней школе» и «Зимней школе» с выдачей сертификата государственного образца.

### **7. Антитабачные центры (кабинеты)**

**Антитабачные центры (кабинеты)** – специальная служба в системе ПМСП, один из эффективных практических механизмов профилактики табакокурения, употребления табачных изделий и оказания помощи при отказе от курения, принятых в мире

#### **Актуальность.**

По данным 5-го Национального исследования 2012 года, проведенного НЦПФЗОЖ по заказу МЗ РК, распространенность табакокурения среди опрошенного взрослого населения составила 26,5 %, пассивному курению подвергаются 62,2 % респондентов, из числа курящих респондентов никогда не бросали курить 25,9 %, ежедневно курят сигареты 20,3 % опрошенных, курят не каждый день 8,3 %. Распространенность табакокурения среди детей и подростков в возрасте 11-17 лет составила 6,7 %, пассивному курению дома подвержены 12,5 % и в других местах 14,8 % опрошенных детей. Жертвами табачной эпидемии, как правило, становятся люди трудоспособного возраста – мужчины 18-55 лет и женщины репродуктивного возраста 15-49 лет. Особую тревогу вызывает рост приобщения к табакокурению подростков и молодежи.

Казахстан ведет достаточно активную борьбу против табака. В республике с 25 ноября 2006 года действует Закон РК «О ратификации Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака» (РКБТ ВОЗ)

В 2013 году в республике Казахстан открыто и функционирует на базе региональных центров ФЗОЖ и ПМСП 95 антитабачных центров и кабинетов, в среднем с охватом более 1982 человек в месяц.

В связи с вышеизложенным и в соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 381 «Положение о деятельности организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере формирования здорового образа жизни», расширяется сеть и совершенствуется деятельность антитабачных центров, школ здоровья по поведенческим факторам риска, созданных на базе ПМСП республики.

#### **Задачи антитабачных центров.**

1) лечебно-профилактическая помощь желающим избавиться от табачной зависимости;

2) оказание организационно-консультативной помощи медицинским организациям в реализации проекта «Зона свободная от курения» (проведение семинаров, лечение медицинских работников от табачной зависимости);

3) обучение медицинских работников методам профилактики табакокурения среди населения;

4) проведение статистического мониторинга и анализа распространенности табакокурения среди прикрепленного населения, разработка предложений по совершенствованию и развитию службы оказания помощи желающим избавиться от табачной зависимости;

5) проведение организационно-методической работы по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам профилактики табакокурения, организация и проведение конференций, совещаний, круглых столов по актуальным вопросам табачной зависимости;

6) организация и проведение информационных мероприятий (акций, семинаров, лекций, бесед) для населения по вопросам профилактики табакокурения;

7) развитие волонтерского движения, путем отбора и подготовки лидеров (волонтеров) из молодежной среды для работы с подростками по вопросам профилактики табачной зависимости;

8) взаимодействие и привлечение к совместной работе представителей молодежных и общественных организаций, социальных служб, средств массовой информации, личное участие в образовательной, санитарно-просветительской работе среди населения, в том числе выступления на телевидении, радио, статьи в периодической печати и так далее;

9) обеспечение межсекторальной связи и координации работы среди учреждений на территории, обслуживаемой медицинской организацией по профилактике табакокурения среди населения (администрация района, антитабачные центры при школах, колледжах, вузах и так далее) и снижению уровня распространенности табакокурения.

#### **Функциональные обязанности работника антитабачного центра**

1. Организует профилактическую деятельность по ограничению и предупреждению табакокурения. Определяет тип курения по анкете Хорна.

2. Организует лечебно-профилактическую помощь желающим бросить курить.

3. Организует обучающие семинары-тренинги для медицинских работников по вопросам ограничения и профилактики табакокурения среди населения.

4. Контролирует исполнение приказа о запрещении курения среди медицинских работников.

5. Координирует работу по ограничению и профилактике курения на обслуживаемой территории.

**В целях предупреждения курения специалисту АЦ необходимо:**

1. Осуществлять контакт с пациентом в критические периоды - через 48 часов, 1, 3, 6 и 12 месяцев после отказа от курения лично или по телефону.

1. В первые три месяца бывшие курильщики нуждаются в поддержке психотерапевтического характера (беседы, поддерживающие мотивацию некурения, групповые занятия, встречи с другими пациентами, бросающими курить) или медикаментозного характера (снятие абстиненции, седативные препараты, очищающая диета и т.д.)

2. Желательно снабдить пациента памятками или литературой о немедикаментозных методах отказа от курения.

3. Необходимо дать рекомендации по здоровому образу жизни (психогигиена, спорт, питание и др.).

4. Можно посоветовать пациенту помочь кому-нибудь, например родственнику или знакомому, отказаться от курения.

5. Рекомендовать пациенту обращаться за помощью в критические периоды или обострения абстиненции.

6. Посоветовать бывшему курильщику избегать ситуаций, провоцирующих курение.

7. При контакте с бывшим курильщиком постоянно повторять и четко формулировать достоинства некурения.

**Рекомендации**

**В настоящее время главная идея ВОЗ в борьбе с курением заключается в информировании детей, подростков о вреде курения до того, как они закурят первую сигарету.** Информация должна быть представлена интересно и доходчиво, не вызывая сомнений. В целом успех борьбы с курением будет зависеть от того, какое значение придает ему сам врач, персонал медицинского учреждения. Серьезное отношение к этому фактору, всесторонняя поддержка значительно увеличивают вероятность успеха.

**Таблица 3 - Анкета Хорна**

<b>Вопросы</b>	<b>Всегда</b>	<b>Часто</b>	<b>Не очень часто</b>	<b>Редко</b>	<b>Никогда</b>
<b>А.</b> Я курю для того, чтобы не дать себе расслабиться	5	4	3	2	1
<b>Б.</b> Удовольствие от курения я получаю еще до закуривания, разминая сигарету	5	4	3	2	1
<b>В.</b> Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться	5	4	3	2	1
<b>Г.</b> Я закуриваю сигарету, когда выхожу из себя, сержусь на что-либо	5	4	3	2	1
<b>Д.</b> Когда у меня кончаются сигареты, мне кажется невыносимым время, пока я их не достану	5	4	3	2	1
<b>Е.</b> Я закуриваю автоматически, даже не замечая этого	5	4	3	2	1
<b>Ж.</b> Я курю, чтобы стимулировать себя, поднять тонус	5	4	3	2	1
<b>З.</b> Частичное удовольствие мне доставляет сам процесс закуривания	5	4	3	2	1
<b>И.</b> Курение доставляет мне удовольствие	5	4	3	2	1
<b>К.</b> Я закуриваю сигарету, когда мне не по себе, и я расстроен чем-то	5	4	3	2	1
<b>Л.</b> Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда не курю	5	4	3	2	1
<b>М.</b> Я закуриваю новую сигарету, не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице	5	4	3	2	1
<b>Н.</b> Я закуриваю, чтобы «подстегнуть» себя	5	4	3	2	1
<b>О.</b> Частичное удовольствие я получаю, выпуская дым и наблюдая за ним	5	4	3	2	1
<b>П.</b> Я хочу закурить, когда удобно устроился и расслабился	5	4	3	2	1
<b>Р.</b> Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным и хочу забыть о всех неприятностях	5	4	3	2	1
<b>С.</b> Если, я некоторое время не курил, меня начинает мучить чувство голода по сигарете	5	4	3	2	1
<b>Т.</b> Обнаружив у себя во рту сигарету, я не могу вспомнить, когда я закурил ее	5	4	3	2	1

### **Типы курения:**

**А+Ж+Н** – «**Стимуляция**» (вера в тонизирующий эффект «горячего кофе»)

**Б+З+О** – «**Игра с сигаретой**» («за компанию», атрибуты курения)

**В+И+П** – «**Расслабление**» (только в комфортных условиях)

**Г+К+Р** – «**Поддержка**» (как средство снижающее эмоциональное напряжение)

**Д+Л+С** – «**Жажда**» (физиологическая привязанность к табаку)

**Е+М+Т** – «**Рефлекс**» (автоматическое курение)

### **Оценка результатов по анкете Хорна** 18 утверждений от А до Т!

К каждому из 6 типов курения – по 3 утверждения

К каждому утверждению – по 5 вариантов ответов в баллах

Баллы по типу курения суммируются по группам вопросов

11 и более баллов – пациент курит по этой причине

7-11 – пограничная

### **Методы воздействия**

- Медикаментозный
- Психотерапевтический (включая аутогенные тренировки)
- Дыхательная гимнастика (стимулирующие или успокаивающие упражнения от типа курения)
  - Водные процедуры (обливания, массажные – душ Шарко, циркулярный, под-водный, расслабляющие ванны, плавание)
  - Увеличение физической активности
  - Диетотерапия

## **8.Скрининговые обследования населения в рамках Национальной скрининговой программы**

Наиболее эффективным инструментом в профилактике заболеваний являются скрининговые осмотры населения. Скрининг в медицине (англ. screening просеивание) — метод активного выявления лиц с какой-либо патологией или факторами риска ее развития, основанный на применении специальных диагностических исследований, включая тестирование, в процессе массового обследования населения или его отдельных контингентов.

**Цель скрининга** - ранняя диагностики заболевания или предрасположенности к нему, что необходимо для оказания своевременной лечебно-профилактической помощи. Результаты скрининга используют также для изучения распространенности исследуемого заболевания (или группы заболеваний), факторов риска его развития и их относительного значения.

### **Актуальность.**

Международный опыт изучения здоровья населения показывает высокую результативность скрининг- программ. Страны с высоким уровнем здравоохра-

нения добились 90% уровня пятилетней выживаемости, в основном, благодаря скрининговым программам, пропаганде ранней диагностики, уменьшению основных рисков.

К примеру, за счет уменьшения среднего уровня холестерина, распространенности курения, распространенности повышенного артериального давления, в Финляндии отмечается снижение смертности от ИБС на 80%, в Ирландии снижение смертности от ИБС среди лиц 25-84 лет на 48,1%, в США снижение смертности от ССЗ с 195,4 до 92,4 на 100 тысяч населения. Маммографический скрининг дал достоверное снижение смертности от рака молочной железы среди женщин старше 50 лет в среднем на 30% при исследованиях проведенных в США, Канаде, Швеции и Шотландии. Цитология мазка с шейки матки показала достоверное снижение смертности от рака шейки матки в среднем на 80% при исследованиях проведенных в Финляндии, Исландии, Швеции, Дании, и Норвегии. Тест на скрытую кровь в кале дал при скрининге достоверное снижение смертности от рака толстой/прямой кишки в среднем на 15% при исследованиях, проведенных в штате Миннесота (США), Англии, Финляндии.

В Республике Казахстан с 2008 года реализуется Национальная скрининговая программа, регламентируемая Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан», утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113; Посланиями Президента Республики Казахстан народу Казахстана от 28 января 2011 года «Построим будущее вместе!» и 17 января 2014 г. «Казахстанский путь – 2050:Единая цель, единые интересы, единое будущее», Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» с дополнениями и изменениями утвержденными приказом МЗ РК от 16 марта 2011 года № 145.

Основные принципы проведения скринингов.

Основными условиями проведения скрининга являются наличие подготовленного персонала и стандартный подход к выявлению изучаемого признака и оценке полученных результатов. Применяемые методики должны быть достаточно просты, надежны и воспроизводимы. Необходимо, чтобы они обладали достаточной чувствительностью и высокой специфичностью.

Обследования в форме скрининга могут носить многоэтапный характер, например, на первом этапе выявляют всех больных с артериальной гипертензией, а на втором - в клинических или амбулаторных условиях уточняют причины повышения АД; это позволяет дифференцировать лечебную помощь больным и одновременно получить данные о частоте гипертонической болезни и отдельных форм симптоматических гипертензий.

Роль скрининга особенно важна при диспансеризации населения. В практике здравоохранения характер скринирующих обследований имеют массовые профилактические гинекологические осмотры, флюоро-



графия, маммография; все большее распространение получает скрининг в кардиологии, онкологии, фармакологии и медицинской генетике.

Одной из основных рекомендаций Всемирной организации здравоохранения является необходимость при реализации скрининговых программ использовать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но и тесты на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смерти населения как развитых, так и развивающихся стран мира. Отказ от курения, контроль артериального давления, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, ограничение употребления алкоголя, нормализация массы тела расцениваются как важнейшие условия для улучшения прогноза и снижения уровня инвалидности и смертности населения.

Проводимый при скрининговых обследованиях «тест-опрос», можно считать весьма перспективным методом обследования, благодаря таким свойствам стандартного опроса, как простота, общедоступность, возможность применения его в различных автоматизированных системах обследования и проведения массовых исследований. При правильном использовании анкет (ф025-08/у – статистическая карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента), с хорошо организованной работой по дообследованию выявленных больных эффективность скрининговых осмотров возрастает, особенно, в части выявления поведенческих факторов риска возникновения заболевания. Немаловажным аспектом эффективности скрининга является не только охват обследованием, но и строгий учет тех, у кого обнаружены факторы риска. Из-за бессимптомного течения заболеваний на ранней стадии многие больные отказываются от дальнейшего наблюдения, и связь с ними утрачивается. В этой связи, требуется проведение разъяснительной работы среди лиц, имеющих факторы риска, относительно важности диспансерного наблюдения, чтобы усилия по выявлению заболеваний на ранних стадиях не оказались напрасными.

Скрининговая программа в Казахстане входит в перечень Государственного объема бесплатной медицинской помощи и все его этапы являются бесплатными для населения.

#### **Виды скринингов в Казахстане.**

В Казахстане Национальная скрининговая программа, как одно из направлений Государственной программы развития здравоохранения «СаламаттыҚазақстан», рассчитанной на 2011-2015 годы стартовала в начале 2011 года и включает в себя 14 скрининговых программ:

«СаламаттыҚазақстан», рассчитанной на 2011-2015 годы стартовала в начале 2011 года и включает в себя 11 скрининговых программ:

#### **Продолжаются с 2009 года:**

1. Скрининг на раннее выявление АГ, ИБС
2. Скрининг на раннее выявление рака молочной железы
3. Скрининг женщин на раннее выявление рака шейки матки с использованием PAP-теста

### **Введены с 2011года:**

- 4.Скрининг на раннее выявление сахарного диабета
- 5.Скрининг детей раннего возраста на выявление врождённой и наследственной патологии слуха
- 6.Скрининг на раннее выявление глаукомы
- 7.Скрининг целевых групп риска на гепатит В и С у детей и взрослых
- 8.Скрининг на раннее выявления колоректального рака

### **Внедрены в пилотных регионах с 2013 года, во всех регионах республики с 2016 года**

- 9.Скрининг на раннее выявление рака предстательной железы
- 10.Скрининг на раннее выявление рака пищевода и желудка
- 11.Скрининг на раннее выявление рака печени

В систему мониторинга включены профилактические (скрининговые) осмотры детей, осуществляемые постоянно в республике.

#### **Технологии проведения скринингов.**

Уровни скрининговых обследований:

Медицинский пункт (МП)

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)

Отделение (кабинет) профилактики и социально-психологической помощи врачебной амбулатории (ВА)

Отделение (кабинет) профилактики социально-психологической помощи сельской, районной, городской поликлиники (СП, РП, ГП)

#### **Стадии скрининговых обследований.**

Технологии проведения скринингов.

Уровни скрининговых обследований:

Медицинский пункт (МП)

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)

Отделение (кабинет) профилактики и социально-психологической помощи врачебной амбулатории (ВА)

Отделение (кабинет) профилактики социально-психологической помощи сельской, районной, городской поликлиники (СП, РП, ГП)

#### **Стадии скрининговых обследований.**

А) Подготовительная стадия – формирование целевых групп, информационное сопровождение, приглашение на скрининг.

Б) Проведение скрининга. Включает заполнение статистической карты профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента (далее – форма 025-08/у), проведение скрининг-теста, лабораторных и инструментальных исследований.

В) Заключительная стадия – дообследование пациентов с выявленной патологией, завершение оформления учетно-отчетной статистической документации.



## **Проведение скрининга**

### **Врач отделения профилактики ВА, СП, РП, ГП:**

-проводит оценку состояния здоровья пациента, выявляет факторы риска, определяет группу здоровья (Д-IA, Д-IB, Д-II, Д-III)

-вносит в форму 025-08/у результаты скринингового обследования целевых групп населения с выделением факторов риска (поведенческих, биологических), фонового заболевания, предварительного и заключительного диагноза по скринингу. Форма считается заполненной после получения заключительного диагноза. После заполнения форма передается в кабинет медицинской статистики поликлиники для дальнейшей обработки;

-вносит результаты скринингового обследования в медицинскую карту амбулаторного больного.

### **Заключительная стадия**

#### **Медицинский работник кабинета ЗОЖ:**

- проводит профилактическое вмешательство по снижению факторов риска согласно алгоритмам пропаганды ЗОЖ и профилактики поведенческих факторов риска.

#### **Участковый терапевт, врач общей практики ВА, СП, РП, ГП:**

- осуществляет постановку на диспансерный учет пациентов с впервые установленным диагнозом, выявленным в ходе скринингового обследования, и диспансеризацию согласно утвержденным стандартам ведения больных с хроническими формами заболеваний с заполнением соответствующей учетно-отчетной статистической документации.

### **Скрининговые тесты**

#### **Скрининг на раннее выявление БСК (АГ, ИБС) и СД**

Целевая группа: мужчины и женщины в возрасте 25, 30, 35, 40 лет, от 40 до 64 лет – 1 раз в 2 года, не состоящие на диспансерном учете по поводу АГ, ИБС, СД.

#### **Стадия проведения скрининга состоит из двух этапов:**

-Первый этап (скрининг-тест, антропометрические измерения, измерение АД, лабораторное исследование экспресс-методом уровней общего холестерина, сахара крови) – обязателен для всей целевой группы.

-Второй этап (проведение ЭКГ, осмотр врача) – проводится выборочно по показаниям.

**МП, ФАП** – ф.025-08/у; антропометрические измерения, скрининг-тест, измерение АД, направление в ВА для лабораторных исследований

#### **Отделение профилактики ВА, СП, РП, ГП:**

- Доврачебный кабинет (ф.025-08/у; антропометрические измерения, скрининг-тест, измерение АД)

- Экспресс-лаборатория

- Кабинет ЭКГ

- Кабинет врача

- **Кардиолог, эндокринолог** отделения КДП ВА, СП, РП, ГП: дообследования

ние, постановка заключительного ДЗ. Результаты обследования и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациента направляются участковому врачу, врачу общей практики.

#### **Факторы риска.**

- **Скрининг-тест** – форма 025-08/у
- Курение
- Злоупотребление алкоголем
- Ожирение (индекс Кетле, объем талии)
- Уровень физической активности

#### **Скрининг на раннее выявление глаукомы**

**Целевая группа:** мужчины и женщины в возрасте от 40 до 70 лет – 1 раз в 2 года, не состоящие на диспансерном учете по поводу глаукомы.

**Стадия проведения скрининга** состоит из:

- Опрос по тест-опроснику;
- Измерение внутриглазного давления.
- Скрининг проводится на всех уровнях ПМСП, начиная с МП
- **Офтальмолог** отделения КДП ВА, СП, РП, ГП: дообследование, постановка заключительного ДЗ. Результаты обследования и рекомендации по дальнейшему наблюдению пациента направляются участковому врачу, врачу общей практики.

#### **Скрининг на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы**

**Целевая группа:** женщины в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака молочной железы.

**Стадия проведения скрининга** состоит из:

- Опрос по тест-опроснику, антропометрия;
- Маммография (уровень поликлиники), «первая читка»;
- «Вторая читка» в ОД - все маммограммы
- Передача маммограмм из поликлиники в ОД проводится с сопровождающей документацией.
- Все маммограммы архивируются в маммографическом архиве ОД, РП, ГП.
- Маммограммы, сделанные по скринингу, пациентке не выдаются.

**Врач отделения профилактики** ВА, СП, РП, ГП после получения результатов «второй читки»:

- при М1, М2 (без патологии, доброкачественное образование молочной железы) – рекомендуется проведение последующего маммографического обследования через 2 года;
- при М3, М6 (больше данных за доброкачественное образование, РМЖ, верифицированный патоморфологически) – пациентка направляется к онкологу, маммологу поликлиники для лечения и динамического или диспансерного наблюдения.

Скрининг на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки

**Целевая группа:** женщины в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака шейки матки.

**На подготовительном этапе** пациентку информируют о требованиях к прохождению скрининга.

**Стадия проведения скрининга** состоит из двух этапов:

- Первый этап (скрининг-тест, антропометрические измерения, цитологическое исследование мазков из шейки матки) – обязателен для всей целевой группы.
- Второй этап (осмотр врача акушер-гинеколога, кольпоскопия, взятие биопсии) – проводится выборочно по показаниям.
- Скрининг проводится с уровня ФАП
- Цитологическое исследование (Pap-тест):
  - традиционным методом (одно стекло) или методом жидкостной цитологии (один контейнер);
  - заполняется направление на цитологическое исследование утвержденного образца;
  - интерпретация результатов по системе Бетезда ТСБ, 2001;
  - при обнаружении явной опухоли пациентку необходимо направить к врачу-гинекологу для проведения биопсии
- Тактика **врача отделения профилактики** ВА, СП, РП, ГП после получения результатов цитологии:
  - при получении ответов «Неудовлетворительный для оценки», «Образец не принят/не исследован», «Образец просмотрен и оценен, но данных недостаточно для оценки эпителиальной патологии», пациентка приглашается на цитологический скрининг повторно;
  - при получении заключения категории I по ТСБ «Нет интраэпителиальных поражений или злокачественности» (т.е. норма) рекомендуется проведение последующего цитологического скрининга через 5 лет;
- Тактика **врача гинеколога** ВА, СП, РП, ГП после получения результатов цитологии:
  - при категориях II, III, V пациенткам проводится симптоматическое лечение с последующим динамическим наблюдением.
  - При ASC-US: наблюдение и повторное цитологическое исследование через 6 и 12 месяцев; если сохраняется ASC-US или утяжеление, показана кольпоскопия;
  - При ASC-H или LSIL – проводится кольпоскопия с идентификацией патологического очага, прицельной биопсией. Если по данным кольпоскопии и биопсии нет CIN, показано повторное цитологическое исследование в сроки 6 и 12 месяцев, при выявлении ASC-US или более тяжелого поражения – повторная кольпоскопия и биопсия.
- Тактика **врача гинеколога** ВА, СП, РП, ГП после получения результатов цитологии:
  - при категориях II, III, V пациенткам проводится симптоматическое лечение с последующим динамическим наблюдением.

- При ASC-US: наблюдение и повторное цитологическое исследование через 6 и 12 месяцев; если сохраняется ASC-US или утяжеление, показана кольпоскопия;
- при категориях II, III, V пациенткам проводится симптоматическое лечение с последующим динамическим наблюдением.

- При ASC-US: наблюдение и повторное цитологическое исследование через 6 и 12 месяцев; если сохраняется ASC-US или утяжеление, показана кольпоскопия;

- При ASC-H или LSIL – проводится кольпоскопия с идентификацией патологического очага, прицельной биопсией. Если по данным кольпоскопии и биопсии нет CIN, показано повторное цитологическое исследование в сроки 6 и 12 месяцев, при выявлении ASC-US или более тяжелого поражения – повторная кольпоскопия и биопсия.

- Тактика **врача гинеколога** ВА, СП, РП, ГП после получения результатов биопсии:

- при получении морфологического результата CIN I – рекомендуется контрольное обследование через 6 месяцев с проведением Pap-теста;

- при получении морфологического результата CIN II, CINIII, CIS, AIS, рак шейки матки пациентка направляется в онкологический диспансер для специального лечения.

### **Скрининг на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний толстой и прямой кишки**

**Целевая группа:** мужчины и женщины 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68 и 70 лет, не состоящие на учете по поводу полипоза и рака толстой и прямой кишки.

**На подготовительном этапе** пациентов информируют о требованиях к прохождению скрининга.

**Стадия проведения скрининга** состоит из двух этапов:

- Первый этап (скрининг-тест, гемокульт-тест) – обязателен для всей целевой группы.

- Второй этап (ректороманоскопия, взятие биопсии, ирригоскопия) – проводится по показаниям.

- Скрининг проводится с уровня МП

#### **Оценка гемокульт- теста:**

- окрашивание одной полоски – тест отрицательный (нет скрытой крови в кале). Пациент проходит обследование на гемокульт-тест через 2 года

- окрашивание двух полосок – тест положительный – определяется скрытая кровь в кале. Пациент направляется к врачу отделения профилактики ВА, СП, РП, ГП

**Врач** отделения профилактики ВА, СП, РП, ГП:

- направляет на ректороманоскопию;

- информирует пациента об обязательном проведении очистительных клизм накануне исследования.

- Тактика **врача отделения профилактики** ВА, СП, РП, ГП после получения результатов ректосигмоскопии:

- при RRS1 – направление на тотальную колоноскопию в КДЦ/поликлинику, онкологический диспансер;
- при RRS2-RRS5 и отрицательном результате биопсии – направление гастроэнтерологу;
- при RRS6-RRS7 и отрицательном результате биопсии – направление к колопроктологу;
- при RRS8 пациент направляется к онкологу.

### **Результаты скрининга**

- **Диспансерная группа IA:** здоровые без факторов риска – лица, не предъявляющие никаких жалоб и у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены хронические заболевания, факторы риска или нарушения функций отдельных органов и систем
- **Диспансерная группа Д-IB:** здоровые с факторами риска – лица с выявленными факторами риска, «пограничными» состояниями, нуждающиеся в наблюдении и профилактическом вмешательстве (лица, у которых выявлены незначительные отклонения от установленных границ нормы в величинах артериального давления и прочих физиологических характеристик, не влияющие на функциональную деятельность организма).
- **Диспансерная группа Д-II:** практически здоровые – лица, имеющие в анамнезе острое и хроническое заболевание без обострений в течение последних нескольких лет

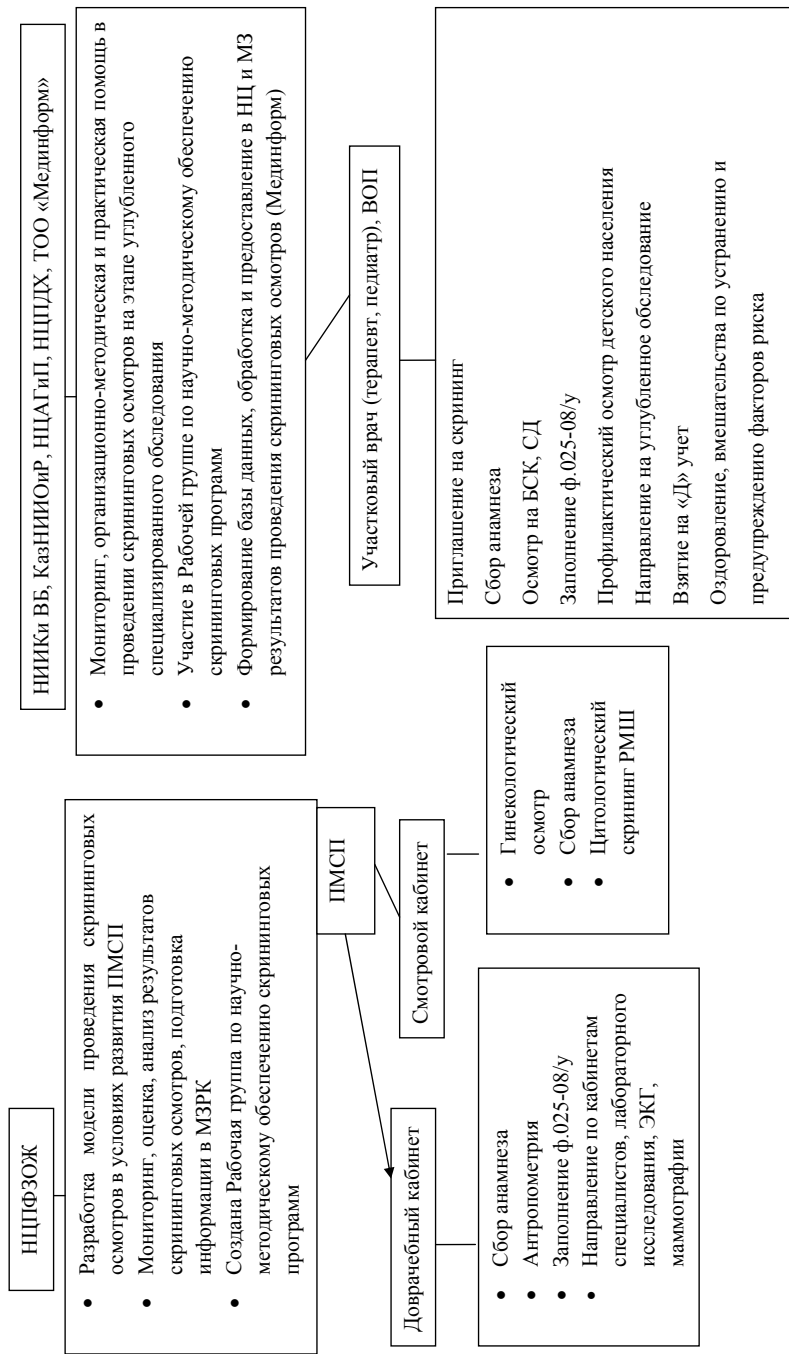
- **Диспансерная группа Д-III:** больные – лица, нуждающиеся в лечении

### **Национальная скрининговая программа: отчетность**

- Организации ПМСП формируют электронную базу скрининговых осмотров и направляют ежемесячно в территориальные филиалы Республиканского центра электронного здравоохранения.
- Территориальные филиалы Республиканского центра электронного здравоохранения ежеквартально предоставляет сводные данные по скрининговым осмотрам в республиканский медицинский информационно-аналитический центр, выходные формы по результатам проведения скрининговых осмотров – в районный, областной центр формирования здорового образа жизни и Управление здравоохранения.
- Служба формирования здорового образа жизни (районный, областной центр здорового образа жизни) осуществляет мониторинг и анализ всех проведенных скринингов совместно с профильными службами, внештатными специалистами с предоставлением ежеквартальных данных в Управление здравоохранения.



Таблица 4 - Методическое руководство скрининговых осмотров в РК



## **9. Психологическая помощь в системе первичного здравоохранения**

В Казахстане создана медико-психологическая служба в системе первичного здравоохранения. Её цель оказание психологической помощи населению, ориентированной на повышение социально-психологической компетентности людей и оказания психологической помощи, как отдельному человеку, так и группе, организации. Основные способы оказания психологической помощи — индивидуальное консультирование и групповые формы психологической работы. Возможны психопрофилактическая и психокоррекционная направленность психологической помощи, ее использование в ситуациях преодоления различного рода психологических затруднений.

### **Актуальность.**

В современном обществе наблюдается большая распространенность психических расстройств и их серьезные медико-социальные последствия.

Активизируется рискованное поведение молодых людей, что сопровождается существенным ростом алкоголизма, наркомании, употребления ПАВ, ИППП, ВИЧ-инфекции, подростковых аборт, психосоциальной дезадаптации и суицидов. Наибольший рост отклонений в поведении наблюдается в подростковом возрасте при переходе из детства во взрослое состояние, выходе на новую социальную позицию, в период формирования сознательного отношения к себе как к члену общества. Подростки и молодые люди являются одним из наименее социально защищенных слоев населения в республике.

**Задачи психолога** поликлиники - углубленное психологическое изучение интеллектуальных, эмоциональных, личностных особенностей пациента, страдающего заболеванием.

Работа психологической службы в поликлинике включает в себя:

- Проведение психологической диагностики и оказание индивидуальной или групповой психологической помощи.
- Социально-психологическое сопровождение медицинского обслуживания, личностной и социальной адаптации пациентов в различных сферах жизнедеятельности.
- Проведение психологических тренингов с целью обучения самосохранительному поведению.
- Проведение информационных и образовательных мероприятий с освещением через СМИ, выпуски буклетов, листовок с целью повышения психологической компетентности различных категорий населения.

Для повышения мер по вторичной профилактике у пациентов с впервые выявленными социально-значимыми заболеваниями в организациях здравоохранения как правило работают Школы здоровья: Школа артериальной гипертонии, Школа коронарного больного, Школа бронхиальной астмы, Школа сахарного диабета. В этих школах по соответствующим нозологиям пациенты получают информацию о заболевании, получают практические навыки. Занятия в школах проводятся врачами-терапевтами, психологами, при необходимости привлекаются другие

специалисты поликлиники.

Очень важным аспектом в работе психолога-консультанта, является его постоянное самосовершенствование, что включает в себя: личную и групповую терапию, супервизии, образовательные профессиональные программы, публикации и выступления в средствах массовой информации, участие в профессиональных конференциях и семинарах, в проектах, связанных с психологической помощью различным слоям населения, к примеру, проекты: («Укрепление семьи», «Безопасное материнство», «Профилактика ИППП и ВИЧ/СПИД») и т.д.

### **Требования к квалификации**

Психолог-консультант центра ПМСП – специалист с высшим психологическим образованием по специальности «Психология» и получивший дополнительную подготовку на факультете последипломного образования по медицинской психологии, владеющий различными методами психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования, предусмотренными программами подготовки и получивший сертификат по медицинской психологии.

Подчиняется руководителю учреждения или его заместителю.

Назначается и увольняется в соответствии с действующим законодательством

### **Имеет следующие обязанности:**

1. По направлению врача проводит психодиагностическое исследование, уделяя особое внимание лицам с факторами риска психических расстройств, в основе которых лежат патопсихологические патогенные поведенческие стереотипы.

2. Проводит работу, направленную на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии пациентов.

3. Выявляет условия, препятствующие гармоничному развитию личности пациента или затрудняющего его.

4. Осуществляет мероприятия по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию, посредством чего оказывается помощь пациентам, их родственникам и медицинскому персоналу в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем.

5. Совместно с врачом (психотерапевтом) разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов. Совместно с врачом выполняет работу по профориентации пациентов с учетом их ценностных установок, способностей, возможностей и актуальных планов.

6. Проводит работу по обучению медицинского персонала в области медицинской, социальной психологии и деонтологии.

7. Оценивает эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий.

8. Оформляет документацию установленного образца в соответствии с Минздравом РК.

9. Повышает свою квалификацию на циклах усовершенствования не реже од-

ного раза в 5 лет.

10. Внедряет в практику современные методы психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования.

### **10. Роль социального работника в здравоохранении**

Классическое определение социальной работы подчеркивает такую грань этого вида деятельности, как оказание помощи человеку в трудной жизненной ситуации независимо от возраста, пола, национальности, вероисповедания, гражданства.

Главная цель социального работника – это забота о благосостоянии и раскрытие возможностей и способностей личности, семьи, общества к нормальному социальному функционированию (достойной, гармоничной и насыщенной жизни).

Основная ценность социальной работы – признание права каждого человека на помощь и принятие клиента в его индивидуальности, уникальности – органично сочетается с принципами врача.

Практика социального работника в учреждениях здравоохранения опирается не только на диагнозы врачей, показания лабораторных экспертиз, но и на психолого-социологические исследования, экспертизу социального положения и психологического состояния больного и его близких, ситуаций в их семьях. Учитывается и комплекс возможностей медицинского учреждения, его профессионально-квалификационная, техническая и технологическая оснащенность.

Но самые главные задачи медицинского социального работника – это:

- обеспечение оптимальной связи больного с его окружением (очень широкий диапазон проблем – от выяснения личности и восстановления документов больного до организации обучения психически больных пациентов);

- оптимизация самопомощи и поддержки близких больному в кризисных ситуациях;

- обеспечение связи работников медицинского учреждения с семьей и близкими больного;

- оказание поддержки родным и близким в ситуации трагического исхода болезни клиента (пациента);

- медико-социально-психологическое просвещение населения;

- программы административной поддержки.

Согласно зарубежным исследованиям, основные проблемы клиентов медицинских социальных служб связаны с проблемами здоровья, уходом за детьми, с проблемами наркомании и алкоголизма, последствиями посттравматических стрессов, несчастных случаев. Типичными являются следующие виды помощи: информирование клиента по проблемам заболеваний его родных и близких, помощь в госпитализации больных СПИДом и алкоголизмом, рекомендации молодым родителям по уходу за ребенком, патронаж людей, имеющих хронические болезни, поддержка пожилых и одиноких престарелых и т.п.

Особую категорию нуждающихся в услугах социального работника пред-

ставляют психически больные, страдающие аутизмом, олигофренией, а также больные с гестациозными и метаболическими нарушениями, черепно-мозговыми травмами. В условиях лечебных учреждений у пациентов могут возникнуть ятрогении и эгогении, в этом случае социальные работники разрабатывают стратегии помощи, направленные на снятие негативных эмоций.

Социальная работа с людьми, имеющими особые нужды (инвалиды) имеет достаточно широкий спектр поддерживающих моделей помощи. В него входят различные индивидуальные и групповые техники, особые программы поддержки. Используются и групповые методы помощи.

Социальный работник незаменим в стационарах, обслуживающих онкобольных, неизлечимо больных, в отделениях травматологии, палатах интенсивной терапии и т.п.

Преимущества подготовки социальных работников заключается в том, что они обладают знаниями о социальных системах и осознают практические нужды клиентов (пациентов). Их учат, как получить доступ к ресурсам, в которых нуждается та или иная семья, они умеют работать как с бедными семьями, так и с семьями среднего достатка, с представителями различных этнических групп и даже с сексуальными меньшинствами.

Социальная служба осуществляет различные программы по оказанию комплексной медико-социальной помощи обслуживаемому населению и повышению профессиональной квалификации сотрудникам амбулатории. В их числе:

1. Программы по здоровому образу жизни;
2. Социально-психологические тренинги для сотрудников и населения;
3. Телефон доверия для консультационных и медико-коррекционных работ;
4. Деятельность инициативных клубов («Достойная старость», «Эврика», «Анонимных наркоманов» и т.д.)
5. Работа комплексной бригады неотложной медико-психологической помощи с посещением притонов наркопотребителей, квартир лиц с ограниченными возможностями, нуждающихся;
6. Проведение выездных медико-социальных услуг, проведение выездных тренингов (туристические базы, на природе, учебные заведения и т.д.) с использованием инновационных технологий.
7. Организация кружковой деятельности по интересам.
8. Деятельность компьютерного класса.
9. Проведение культурно-досуговых мероприятий по творческому самовыражению (вечера поэзии, выставка и распродажа изделий, встречи с выдающимися деятелями, поиск талантов, театрализованных представлений и т.д.).
10. Сотрудничество с государственными органами, международными неправительственными организациями.
11. Работа Координационного совета из числа лидеров из общины, акимата, депутатов, бизнесменов.
12. Практикум по подготовке лидеров из молодежи, инструкторов по здоровому

му образу жизни, волонтеров.

Социальный работник выступает как доверенное лицо населения своего участка и адресной, с учетом индивидуальных особенностей реализует программу сохранения и укрепления здоровья пациентов, обеспечивая предоставление оптимального объема медико-социальных услуг.

## **11. Отдел симуляционного обучения**

Создание учебно-тренингового центра позволяет приобрести профессиональные навыки специалистов ПМСП в проведении профилактических мероприятий – в школах здоровья, в работе с молодежью и подростками в молодёжных-центрах здоровья, при организации флеш-мобов и других форм широкомасштабных акций.

Здоровье сберегающий тренинг представляет собой особый практикум, в котором сочетаются теория и специальные техники и упражнения с использованием муляжей, моделей, демонстрационных наборов и интерактивных игр. Участники тренинга имеют возможность создавать ситуации, аналогичные жизненным и моделировать пути их решения.

Мировой опыт развития методологии информационной деятельности в здравоохранении, целью которой является влияние на процесс изменения поведения в отношении здоровья, позволил сделать заключение о том, что именно тренинговая форма профилактической деятельности в настоящее время является наиболее эффективной и оправданной моделью образовательной деятельности.

В Казахстане впервые на базе Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК в 2013 году создан отдел симуляционного обучения, использующий технологии инновационного обучения центра Health Edco-лидера отрасли на инновационную продукцию по санитарному просвещению США.

### **Основные задачи отдела симуляционного обучения:**

1. Внедрение инновационных технологий привития здоровьесберегающих навыков, выработки мотивации к ведению здорового образа жизни и профилактики поведенческих факторов риска социально-значимых заболеваний в соответствии с наилучшей международной практикой.

2. Обучение формированию здорового образа жизни и профилактике социально-значимых заболеваний целевых групп населения, медицинских специалистов, педагогов и волонтеров и др. в:

- школах здоровья центров семейного здоровья ПМСП;
- антитабачных центрах;
- молодёжных центрах здоровья;
- школах способствующих укреплению здоровья, Здоровых Университетах, Здоровых Рабочих Местах;
- организациях образования и др.

### **Основные функции:**

1. Обеспечивает трансферт передовых инновационных технологий в практическом здравоохранении по вопросам профилактики поведенческих факторов риска, хронических неинфекционных заболеваний по технологии инновационного обучающего центра Health Edco по 7 направлениям:

- I. Профилактика табакокурения;
- II. Профилактика алкоголизма;
- III. Профилактика наркомании;
- IV. Пропаганда рационального питания;

V. Охрана репродуктивного здоровья;

- VI. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний;
- VII. Профилактика онкологических заболеваний.

2. Организует и проводит обучение по профилактике поведенческих факторов риска и социально-значимых заболеваний, формированию и внедрению принципов ЗОЖ, среди населения в зависимости от целевой группы.

3. Организует и проводит обучение медицинских специалистов с высшим и средним образованием, специалистов организаций образования и других заинтересованных ведомств по актуальным проблемам формирования здорового образа жизни и общественного здравоохранения.

4. Оказывает организационно-методическое руководство и консультативную помощь в деятельности структурных подразделений ЦФЗОЖ, отделений профилактики и социально психологической помощи ПМСП, а также другим ведомствам и организациям по симуляционному обучению.

5. Участвует в проведение мероприятий (Всемирные Дни здоровья, месячники, декадни и др.) с демонстрацией симуляционного оборудования по профилактике социально-значимых заболеваний, укреплению здоровья, повышению информированности населения по вопросам ФЗОЖ и снижению распространенности поведенческих факторов риска, совместно с заинтересованными ведомствами, организациями в масштабах области, города Республиканского значения и столицы.

6. Осуществляет сотрудничество с международными, неправительственными организациями, фондами, движениями, бизнес-структурами, лидерами, общественными организациями, с организациями пропагандирующие ЗОЖ, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

**Таблица 5 - Минимальный стандарт (норматив) материально-технического оснащения симуляционного обучающего отдела (учебно-тренингового центра).**

<b>№</b>	<b>Наименование</b>	<b>Количество</b>
<b>I.Профилактика табакокурения</b>		
1.	Модель Курильщика	1
2.	Модель «Преимущества быть не курящим»	1
3.	Муляж Гигантская сигарета	2
4.	Модель «Часы»	1
5.	Модель «Механический курильщик»	5
6.	Модель «Кукла курит за двоих»	2
7.	Модель «Курящая кукла»	2
8.	Модель «Тяжелый хрип в легких»	1
9.	Модель «Два муляжа имитации легких курильщика»	1
10.	Демонстрационный чемодан - Последствия табакокурения	1
11.	Модель «Скелет курильщика»	2
		<b>19</b>
<b>II.Профилактика алкоголизма</b>		
1.	Демонстрационный чемодан – Последствия злоупотребления алкоголя	1
2.	Модель печени	2
3.	Модель – «Думайте прежде, чем выпьете»	2
4.	Модель Интерактивные очки	10
5.	Модель Интерактивные очки D.W.eyes»	10
6.	Набор напитков «Измерительные стекла»	2
7.	Демонстрационная модель - «Что делает мама, делает и ребенок»	1
8.	Интерактивная игра	1
9.	Интерактивная игра «Пьяный и Опасный» (с очками)	1
		<b>30</b>
<b>III. Профилактика наркомании</b>		
1.	Демонстрационная модель «Метамфетамин»	1
2	Демонстрационная модель«Последствия употребления наркотиков»	1



3	Демонстрационная модель «Последствия ВИЧ/СПИД»	1
4	Модель «Рот – метамфетамин, взгляд изнутри.	2
		5
<b>IV. Пропаганда рационального питания</b>		
1	Четырехсторонняя пирамида питания	1
2	Демонстрационный чемодан (рациональное питание)	1
		2
<b>V. Охрана репродуктивного здоровья</b>		
1	Модель Оплодотворения и развития Эмбриона	2
2	Модель полового члена	1
3	Модель «Эмпатия беременности» (подростковая)	6
4	Большая модель «Эмпатия беременности»	2
5	Модель мужского таза	1
6	Модель женского таза	1
7	Модель «Лоно жизни»	2
8	Демонстрационный чемодан (ИППП)	2
	Итого:	17
<b>VI. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний</b>		
1	Набор миниатюрных анатомических моделей (гипертония)	2
2	Модель Сердца	2
3	Набор Модели Болезни сердца	2
	Итого	6
<b>VII. Профилактика онкологических заболеваний</b>		
1	Модель «Узнайте о важности Маммографии»	2
2	Модель «Рак молочной железы»	1
	Итого:	3
	<b>Итого: 39 видов</b>	<b>82 экз.</b>

Повышение эффективности проведения профилактической деятельности связано с развитием новых медийных платформ, таких как цифровое телевидение,

онлайн-реклама, мобильные устройства и смартфоны, сети социального общения на базе интернета. В настоящее время выпущены телепередачи образовательной направленности с использованием имеющегося симуляционного оборудования, осуществлен показ на республиканских телевизионных каналах. Этот формат работы необходимо использовать в качестве инструмента для расширения осведомленности, стимулирования дебатов и исследований и, прежде всего, для обоснования создания аналогичных отделов симуляционного обучения в ПМСП страны.

#### **Ожидаемые результаты.**

- Повышение уровня информированности обучаемого контингента;
- Разработка рекомендаций по организации и проведению тренингов для врачей ПМСП по профилактике поведенческих факторов риска и укреплению здоровья с использованием инновационных технологий;
- Разработка механизмов укрепления здоровья на основе инновационных образовательных технологий, что повысит уровень информированности населения в интересах сохранения и увеличения потенциала здоровья;
- Популяризация учебно-тренинговых центров как современной модели укрепления здоровья населения на основе современных подходов и принципов ВОЗ на макроуровне, мезо уровне и микроуровне (для повышения доступности профилактической медицинской помощи).

## **12. Информационная кампания**

**Информационная кампания (ИК) - это комплексная система мер воздействия на определенные группы населения (так называемые целевые группы) с помощью различных средств и каналов массового и индивидуального информирования и обучения с целью побуждения к принятию новых, полезных для них самих и для общества, моделей поведения в определенной сфере жизни.**

Информационные кампании, не только информируют людей о том, как можно сохранить и укрепить здоровье, но и побуждают их к этому, «продвигая» определенные модели поведения и полезные привычки путем их «встраивания» в привлекательный, стильный, престижный образ жизни - образ, которому хочется подражать. Информирование целевой группы влияет не только на уровень ее осведомленности относительно некоторых фактов, но и на формирование положительного отношения к пропагандируемым нормам поведения.

Информационные кампании в сфере профилактики заболеваний преследуют три основные цели: передача достоверной информации, т.е. улучшение знаний; создание определенного личностного отношения к проблеме (положительного отношения к сохранению здоровья и безопасному поведению, толерантному отношению); формирование навыков и моделей безопасного поведения.

*С помощью информационной кампании решаются следующие задачи:* стимулирование общественных дискуссий - кампании инициируют и стимулируют

обсуждение определенных тем в средствах массовой информации, во властных структурах, среди населения. Созданное дискуссионное поле содействует интенсивному обмену информацией по проблеме, что позволяет информировать большее количество людей; влияния на принятие политических решений - кампания может подтолкнуть политиков и общественных деятелей к принятию соответствующих политических решений; формирования у населения спроса на информацию, товары и услуги по профилактике, лечению и консультированию - проведение информационных кампаний стимулирует интерес отдельных лиц и всего общества к получению информации о заболевании и мерах защиты.

При правильной организации Кампании в той или иной степени достигаются все вышеуказанные цели. Однако в зависимости от местных условий, потребностей целевой группы и ряда других факторов, каждая кампания сосредотачивает свои усилия на каком-то одном из вышеуказанных аспектов.

### **Источники информации по формированию ЗОЖ:**

**Широкомасштабные акции** по пропаганде здорового образа являются необходимым атрибутом политики охраны и укрепления здоровья, позволяют охватить значительные слои населения, мобилизовать как медицинских работников, так и представителей различных министерств и ведомств на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний. К широкомасштабным акциям, проводимым службой формирования здорового образа жизни во всех регионах Республики Казахстан, относятся «Фестиваль здоровья», «Денсаулық жолы», месячники и декадни.

• **брифинг** — это акция одной новости, короткая встреча официальных лиц, представляющих государственные или коммерческие структуры с представителями СМИ, на которой сообщается новость, излагается позиция по определенному вопросу. Брифинг удобен для сообщения запланированных сенсаций (т.е. новостей, рассчитанных на неожиданность, эмоциональное восприятие, на эффект. Способ, рассчитанный на то, что информация или идеологический тезис, упрятанный в эту информацию, будет воспринят аудиторией некритически в силу того, что эмоции подавят желание критически осмыслить сообщаемое.

**пресс-конференция** — организованная встреча журналистов с представителями учреждений, компаний, организаций или отдельными персонами. Цели пресс-конференции: предоставление СМИ информации и комментариев по различным аспектам, из первых рук, проверка сведений и уточнение версий с помощью вопросов и ответов. Пресс-конференции – один из наиболее распространенных и эффективных способов организации связей с общественностью и передачи ей необходимой информации через средства массовой информации. Пресс-конференции целесообразны в тех случаях, когда организации необходимо проинформировать общественность о каком-либо важном событии, актуальной проблеме.

• **Дебаты** – форма обучения общению, способ организации воспитательной работы учащихся общеобразовательных школ, колледжей, вузов, имеющий целью

тренировать навыки самостоятельной работы с литературой, отрабатывать умения ведения дискуссии и отстаивания собственной точки зрения с учетом того, что и противоположная позиция тоже имеет право на существование.

- **пресс-тур** — экскурсия, организованная для журналистов с целью привлечения внимания к региону, проекту, предприятию. Пресс-тур может выступать самостоятельным информационным поводом;

- **презентация** — официальное представление нового предприятия, фирмы, объединения, проекта, товара кругу приглашенных лиц. Обычно презентация проводится с рекламно-коммерческими целями обретения покупателей демонстрируемых товаров, которым раздаются образцы продукции;

- **выставка** — показ достижений в области экономики, науки, техники, культуры, искусства и других областях общественной жизни;

- **конференция** — совещание представителей организаций, ученых, специалистов разных сфер деятельности по заранее определенной тематике;

- **социальные видео** - и аудиоролики- видеопроduct, акцентирующий внимание общества на определённой проблеме и на ее решении;

- **размещение социальной видеопроductии в кино** - и телефильмах с целью повышения информированности населения о мерах профилактики заболеваний;

- **«горячая линия»** — эффективное средство двусторонней доверительной связи с общественностью. Сообщение о введении «горячей линии» дается в газетах и/или на телевидении. Оно позволяет предоставлять информацию, а также получать сведения об общественном мнении. Пресс-центр, «горячая линия» и т. п. могут быть доступны 24 часа в сутки, фиксировать содержание звонков для того, чтобы знать, какие темы наиболее актуальны;

- **промо-акция** — стимулирующее мероприятие по продвижению бизнес-продукта на рынке, рассчитанное на формирование интереса.

### Заключение

Методические рекомендации отражают формы и методы профилактической работы в первичном звене казахстанского здравоохранения. В условиях формирования и развития социально-ориентированной модели здравоохранения исключительно важным является применение современных технологий профилактических вмешательств и развитие потенциала здоровья граждан. В методические рекомендации включены одиннадцать видов и организационных форм, внедрённых в деятельность организаций первичного здравоохранения, направленных на выявление и предупреждение наиболее распространённых заболеваний и состояний в здоровья населения. При этом подчеркнута необходимость подготовки специалистов для проведения профилактической работы по формированию здорового образа жизни и снижению поведенческих факторов риска.

## Список использованных источников

1. Bedirhan U.B. The global burden of mental disorders // Am. J. Pub. Health. – 1999. – Vol.89, P.1315-1318.
2. Rubenstein L.V. et al. Evidence-based care for depression in managed primary care practices // Health Affairs. – 1999. – Vol. 18(5). – P.89-105.
3. Granucci L.J. Clinical social work and family medicine: A partnership in community service // Health&Social Work. – 2000. – Vol. 25(2). – P. 119-126.
4. Первичная медико-санитарная помощь Сегодня актуальнее, чем когда-либо // Доклад о состоянии здравоохранения в мире, Всемирная организации здравоохранения. – 2008.
5. Государственная программа развития здравоохранения РК «СаламаттыҚазақстан» на 2011-2015 годы (утвержденная указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113).
6. Приказ от МЗ РК от 05 января 2011 года №7 «Об утверждении Положения о деятельности организации здравоохранения, оказывающих амбулаторно–поликлиническую помощь».
7. Б.А. Азанова, А.С. Умралина, Г.А. Мусина, А. Мергентай, Б.Т. Каупбаева «О некоторых аспектах создания социально-ориентированной модели ПМСП в Казахстане. Медико-социальные аспекты охраны здоровья., 2013, №3 (68), С.42-48.
8. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н. Энтеробиоз. Клиника, диагностика, лечение, эпидемиология, профилактика // Учебное пособие для врачей. Москва, 2003, 60 с.
9. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Нургабылова А.Б. и др. Методологические подходы к созданию интегрированных программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний (Практическое руководство). Алматы, 1999, 98 с.
10. Аканов А.А. и др. Табачная зависимость и меры профилактики // Методическое пособие для врачей общей практики, Алматы, 1999.
11. Аканов А.А., Нургабылова А.Б., Косинов И.М. и др. Употребление алкоголя и его профилактика (Методическое пособие для врачей общей практики). // Алматы, 1999, 31 с.
12. Аканов А.А., Сейсенбаев А.Ш., Айтжанова Г.Б. и др. Алгоритм действий медицинских работников на уровне ПМСП по основным факторам рискам хронических неинфекционных заболеваний (Методические рекомендации для работников ПМСП). Алматы, 2000, 39 с.
13. Аканов А.А. и др. Руководство по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний и укреплению здоровья (Издание первое). Алматы, 2002.
14. Аканов А.А., Турдалиева Б.С., Исманкулова Г.С. Профилактика поведенческих факторов риска на уровне ПМСП (методические рекомендации) // Алматы, 2003, 48 с.

15. Амиреев С.А. Эпидемиология. Частная эпидемиология. 2 том. Алматы, 2002, 692 с.
16. Вирусные гепатиты: достижения и перспективы – США, Национальный институт здоровья, 2002.
17. Вуд М.Э., Банн П.А. Секреты гематологии и онкологии. – Москва, Бином, 1997, С.224-225, 256-257.
18. Германюк Т.А., Байсугурова В.Ю., Колокина Р.С. и др. Стандарты знаний по профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Методические указания. Алматы, 2002, 48 с.
19. Германюк Т.А., Колокина Р.С., Гоголина Н.А. и др. Методические подходы к первичной профилактике инфекционных заболеваний (методические рекомендации). Алматы, 2002, 45 с.
20. Джамалдинов Д.Д.. Профилактика и ранняя диагностика опухоли кожи. В помощь практическому врачу. Алматы, 2003, 9 с.
21. Дорничев В.М., Гуревич П.С., Губачев Ю.М. Семейный врач и организация здорового образа жизни. Ч.2. Медицинские вопросы физической культуры в практике семейного врача. С-Пб., 2000, 63 с.
22. Здоровье-21 – здоровье для всех в 21-ом столетии. Изд. ВОЗ, Копенгаген, 1999, С.124-125 (физическая активность).
23. Клинические протоколы по охране репродуктивного здоровья для врачей акушеров-гинекологов первично медико-санитарной помощи. Алматы, 2001, 123с.
24. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова – 2-е изд., испр. М.: ГОЭТАР-МЕД, 2002, 1248 с.
25. Комарова Л.Е. Скрининг рака молочной железы. // Ж.Современная онкология, том 04, № 2, 2002.
26. Крофман Дж., Хорн Н. Клиника туберкулеза. Бишкек, 2001, С.7-25.
27. МКБ-10 (Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти). Адаптированный вариант. / Отв.ред. Овчаров В.К., Максимова М.В. // Москва, 1996, 196 с.
28. Мустафаева Д.У., Косинов И.М. Борьба с артериальной гипертонией. (Методическое пособие для врачей общей практики). Алматы, 1999, 30 с.
29. Подростковая медицина: Руководство для врачей / Под ред. Л.И. Левиной СПб.: Специальная литература, 1999, 731 с.
30. Профилактика через первичное здравоохранение. Рекомендации для улучшения качества работы / Под ред. L.Dobrossy. – ЕРБ ВОЗ, Копенгаген, 2003, 165 с.
31. Учет и отчетность по онкологической заболеваемости. // Методические рекомендации (Под ред. Ж.Арзыкулова, Х.Сагын). Алматы, 2003, 18 с.
32. Ранняя диагностика рака. // Метод.рекомендации (Авторский коллектив под ред. Ж.А.Арзыкулова). Алматы, 2003, 27 с.

33. Рациональное ведение больных острыми респираторными заболеваниями и гриппом // Рекомендации НИИ Гриппа РАМН. Москва, 1998.
34. Сурдина Т.Ю. Оценка эпидобоснованности и экономической эффективности амбулаторного лечения больных вирусным гепатитом А. Алматы, 2003.
35. Фостер С., Лейнг Р., Фири Р., Алкенбарк С. Первичная медико-санитарная помощь: обзор современных тенденций развития. Проект Здравплюс. Алматы, 2003, 48 с.
36. Энгарсон Д., Ридер Г. Организация борьбы с туберкулезом, Руководство по выполнению стандартов. - Международный Союз по борьбе с туберкулезом и болезнями легких, 2003, С.3-5, 52-58.
37. Battista R. Practice guidelines for preventive care: the Canadian experience. British J. of General Practitioners. 1993, V.43, P.301-304
38. Epstein F.H. & Holland W.W. Prevention of chronic diseases in the community. One disease versus multiple disease strategies. // Int.J. of Epidemiology, 1983, V.12, P.135-137.
39. Fowler G. Et al. Prevention in general practice. Oxford, OxfordUniversity Press. 1993.
40. Harries A., Maher D.. ТБ / ВИЧ, Клиническое руководство, ВОЗ, 1997, С. 19-23, 45-47.
41. Hayward R.S. et al. Preventive care guidelines: 1991. Annals of internal medicine. 1991, V.114, P.758-783.
42. Health in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (WHO Regional Publications Series, № 56).
43. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford, OxfordUniversity Press. 1992.
44. Preventive cancers. /Ed. Heller T. et al. – Open University Press, Springer Verlag. 1992.
45. Руководство по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний. (Методическое руководство), -Астана.- 2007.-124 с.
46. Тулегалиева А.Г., Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Шумилина Л.Н. Организация деятельности антитабачных центров в Казахстане. (методические рекомендации). Алматы., 2013. – 26 с.
47. Баттакова Ж.Е., Каржаубаева Ш.Е., Медеубаева К.К., Шайкенова А.Т. Организация молодежных центров здоровья в Казахстане. (методические рекомендации). Алматы., 2012. – 92с.
48. Положения об организации и деятельности Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Приказ №146 от 05.03.2012г.
49. Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний. (протоколы профилактической деятельности). Приказ №89 от 17.02.2012г.

50. Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Егорычев В.Е., Имангалиева А.А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний с помощью коррекции питания и физической активности (методические рекомендации). Алматы, 2011. – 23 с.
51. Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Каржаубаева Ш.Е., Жылкайдарова А.Ж., Кулкаева Г.У., Адаева А.А., Имангалиева А.А., Султанова З.Б. Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по профилактике поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (методические рекомендации). Алматы, 2011. – 23 с.
52. Баттакова Ж.Е., Каржаубаева Ш.Е., Колокина Р.С., Шайкенова А.Т. Методическое руководство для координаторов проекта ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья в Казахстане». Выпуск №4 Алматы, 2011. – 25 с.
53. Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С. Рекомендации для специалистов общей врачебной практики при проведении первичной профилактики неинфекционных заболеваний. (учебное пособие). Алматы, 2012. – 33 с.
54. Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е. Система контроля качества и критерии оценки результативности профилактики факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике. (методические рекомендации). Алматы, 2012. – 19 с.
55. Баттакова Ж.Е., Каржаубаева Ш.Е., Сулейманова Н.А., Шумилина Л.Н. Школа здоровья для пациентов с сахарным диабетом (учебно-методическое пособие). Алматы, 2012. – 16 с.
56. Баттакова Ж.Е., Каржаубаева Ш.Е., Сулейманова Н.А., Шумилина Л.Н. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией (учебно-методическое пособие). Алматы, 2012. – 38 с.
57. Баттакова Ж.Е., Палтушева Т.П., Длимбетова Д.О. Рекомендации для полевых интервьюеров при проведении глобального опроса взрослого населения по потреблению табака (методические рекомендации). Алматы, 2013. – 26 с.
58. Battakova Zh.e., Tokmurziyeva G.Zh., Paltusheva T.P., Khaidarova T.S., Akhmetov V.I. Prevalence of smoking among adult Populaion of Kazakhstan // EurAsian Journal of BioMedicine, Vol.6, No.1, 2013. P.1-3.
59. Battakova Zh.E, Tokmurziyeva G.Zh, Slazhneva T.I, Darisheva M.A, Abdrakhmanova Sh.Z, Akhmetov V.I. Quality of life of population in urban Areas of Kazakshstan // EurAsian Journal of BioMedicine, Vol.6, No.1, 2013. P.5-10.
60. V.Ye. Yegorychev, Zh. Ye. Battakova, T.I. Slazhneva, T.S. Khaidarova, A.A. Adayeva, A.A. Akimbayeva, N.T. Utembayeva, D.O. Dlimbetova. Intensity of effect and prevalence of cardiovascular diseases risk factors in elderly // Eurasian Journal of BioMedicine, Vol.6, No.1, 2013. P.11-15.