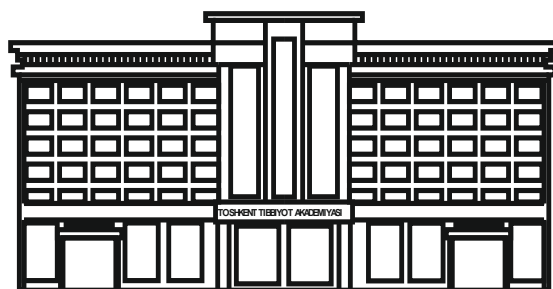


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №9

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	HYGIENE, SANITATION AND EPIDEMIOLOGY	Стр.
Азизова Ф.Л., Адилова З.У., Адилова Ш.К. ИЗУЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	Azizova F.L., Adilova Z.U., Adilov Sh.K. STUDYING THE ACTIVITIES OF NURSES IN WORKING WITH CHILDREN IN PRESCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTIONS	142
Mamatqulov B.M., Sobirova S.J., Urazaliyeva I.R. JAROHLIK BO'LIMI HAMSHIRALARI MEHNAT SIFATI VA SAMARADORLIGIGA TA'SIR ETUVCHI OMILLAR	Mamatkulov B.M., Sobirova S.J., Urazaliyeva I.R. FACTORS AFFECTING THE QUALITY AND EFFICIENCY OF THE WORK OF NURSES OF THE SURGICAL DEPARTMENT	145
Маматқулов Б.М., Абдурахимов А.Б. МИС ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАСИ ИШЧИЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК ҲОЛАТИ, КАСАЛЛАНИШЛАР СТРУКТУРАСИ ВА ДАРАЖАСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	Mamatkulov B.M., Abdurakhimov B.A. THE MAIN CHARACTERISTICS OF THE HEALTH STATUS, INCIDENCE RATE AND DISEASE STRUCTURE OF WORKERS IN THE COPPER PRODUCING ENTERPRISE	149
Маматқулов Б.М., Нематов А.А. ПАНДЕМИЯ (COVID-19) ДАВРИДА АҲОЛИГА ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ЭТИШ	Mamatkulov B.M., Nematov A.A. ORGANIZATION OF MEDICAL AND SOCIAL ASSISTANCE TO THE POPULATION DURING THE PANDEMIC (COVID-19)	155
Niyozova N. GIGIENIK MADANIYATNING MANBAVIY ANAMIYATI	Niyozova N. SOURCE IMPORTANCE OF HYGIENIC CULTURE	160
Саломова Ф.И., Ахмадалиева Н.О., Шарипова С.А. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ТМА	Salomova F.I., Akhmadaliyeva N.O., Sharipova S.A. HYGIENIC ASSESSMENT OF CONDITIONS AND LIFESTYLES OF TEACHERS OF TMA	162
Уразалиева И.Р., Маматқулов Б.М. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР	Urazaliyeva I.R., Mamatqulov B.M. ANALYSIS OF MORBIDITY AND PSYCHOEMOTIONAL RISK FACTORS AFFECTING THE HEALTH OF NURSING	166
Шадманов А.К., Хегай Л.Н., Абдурахимов А.Х., Аслонов М.Н., Нурматов Б.К. АСПЕКТЫ И ПРИОРИТЕТЫ ЛЕГКОЙ ПИТАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19	Shadmanov A.K., Khegay L.N., Abdurakhimov A.Kh., Aslanov M.N., Nurmatov B.K. ASPECTS AND PRIORITIES OF EASY FOOD FOR PATIENTS WITH COVID-19	172

ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ	HELPING A PRACTITIONER	Стр.
Sobirjonov A.Z, Latipova K.D. SUN'IY INTELLEKTNI TIBBIYOTDA QO'LANILISHI	Sobirjonov A.Z, Latipova K.D. APPLICATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE	184
Худанов Б., Туйгунов Н., Махмудов С., Эргашев Ж., Матякубов М., Абдурахимова Ф., Турсунова Ж., Убайдуллаев Б. ВИРТУАЛ БЕМОР СИМУЛЯЦИОН ДАСТУРИЙ МАХСУЛОТИНИНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ	Khudanov B., Tuygunov N., Makhmudov S., Ergashev Zh., Matyakubov M., Abdurakhimova F., Tursunova Zh., Ubaidullaev B. BENEFITS OF VIRTUAL PATIENT SIMULATION SOFTWARE	187
Эргашов А.Т. Иноятова Ф.Х. Тошимуродов Х.А. ТАБАКОКУРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ НЕГАТИВНЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА	Ergashov A.T. Inoyatova F.Kh. Tozhimurodov H.A.T OBACCO IS A NEGATIVE FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF INTERSTITIAL PULMONARY FIBROSIS	193

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР

Уразалиева И.Р., Маматкулов Б.М.

ANALYSIS OF MORBIDITY AND PSYCHOEMOTIONAL RISK FACTORS AFFECTING THE HEALTH OF NURSING

Urazalieva I.R., Mamatqulov B.M.

PATRONAJ HAMSHIRALARINING KASALLIK TAHLILI VA SOG'LIG'IGA TA'SIR QILUVCHI PSIXO-EMOTSIONAL XAVF OMILLARI

Urazalieva I. R., Mamatqulov B.M.

Ташкентская медицинская академия

The aim of the study is to study the morbidity, conditions and lifestyle, risk factors affecting the health and quality of work of nursing nurses. **Materials and methods of research:** the object of the study were nursing nurses (1495 respondents). The subject was the morbidity rate, the degree of emotional burnout, the conditions and lifestyle of a nursing nurse. At the first stage, the selection of districts (cities) was carried out according to the generally accepted methodology, the selection of at least 25% of the total number, taking into account demographic and geographical features. At the second stage, the selection units were urban and rural family polyclinics (clusters), which are part of the selected administrative regions. At the third stage, the selection of foster nurses was carried out based on a random sample in family polyclinics and rural family doctor's offices (step-by-step sampling) - 10 foster nurses in rural areas, 20 foster nurses in the city. The study of conditions and lifestyle was conducted by interviewing nurses. V.V. Boyko's questionnaire on the specifics of burnout formation was used to study emotional burnout. The state of health of nurses was studied, based on the analysis of morbidity by circulation for 3 calendar years (2019-2021). The data from the outpatient patient's cards were entered into the "Map of the study of the morbidity of nursing nurses" developed by us. **Results.** Currently, it has been proven that one of the main reasons for the high incidence of patronage nurses is the specifics of professional activity. Domestic and foreign studies have significantly increased interest in the interaction of professional activities, people's behavior and their health. The health-saving behavior of medical workers is considered as the ability of the body to preserve and activate compensatory, protective, regulatory mechanisms that ensure efficiency in all conditions of its professional activity. Therefore, the issues of strengthening and preserving the health of nurses in a modern medical organization are of particular relevance.

Keywords: morbidity, morbidity structure, nosological forms, nursing nurse, medical examination, family polyclinics, primary health care.

Tadqiqotning maqsadi-kasallik, sharoit va turmush tarzi, sog'liqni saqlash holati va patronaj hamshiralarining ish sifatiga ta'sir qiluvchi xavf omillarini o'rganish. Tadqiqot materiallari va usullari: tadqiqot ob'ekti patronaj hamshiralarini (1495 respondent) edi. Mavzu kasallanish darajasi, hissiy charchash darajasi, patronaj hamshirasining sharoitlari va turmush tarzi edi. Birinchi bosqichda tumanlarni (shaharlarni) tanlash umumiy qabul qilingan metodologiyaga muvofiq, demografik va geografik xususiyatlarni hisobga olgan holda umumiy miqdorning kamida 25 foizini tanlash amalga oshirildi. Ikkinchi bosqichda tanlangan ma'muriy hududlarning bir qismi bo'lgan shahar va qishloq oilaviy poliklinikalari (klasterlari) tanlov birliklari bo'ldi. Uchinchi bosqichda-patronaj hamshiralarini tanlash oilaviy poliklinikalarda va oilaviy shifokorning qishloq joylarida tasodifiy tanlab olish asosida amalga oshiriladi (bosqichma - bosqich namuna olish) - qishloqda 10 ta, shaharda 20 ta patronaj hamshirasi. Yashash sharoitlari va turmush tarzini o'rganish hamshiralarning intervyu so'rovi orqali amalga oshirildi. Hissiy charchoqni o'rganish uchun V.V. Boyko anketasi ishlatilgan. Hamshiralarning sog'lig'i holati 3 kalendar yil (2019-2021) uchun davolanish darajasi bo'yicha kasallanish tahlili asosida o'rganildi. Ambulatoriya kartalaridan olingan ma'lumotlar biz ishlab chiqqan "patronaj hamshiralarining kasallanishini o'rganish xaritasi"ga kiritilgan. **Natijalar.** Hozirgi vaqtda patronaj hamshiralarining yuqori kasallanishining asosiy sabablaridan biri bu kasbiy faoliyatning o'ziga xos xususiyati ekanligi isbotlangan. Otechestvennye va xorijiy tadqiqotlar kasbiy faoliyatning o'zaro ta'siri, odamlarning xulq-atvori va ularning sog'lig'iga qiziqishni sezilarli darajada oshirdi. Tibbiyot xodimlarining sog'lig'ini tejaydigan xatti-harakatlari tananing kasbiy faoliyatining barcha sharoitlarida ish faoliyatini ta'minlaydigan kompensatsion, himoya, tartibga solish mexanizmlarini saqlab qolish va faollashtirish qobiliyati sifatida qaraladi. Shu sababli, zamonaviy tibbiyot tashkilotining hamshiralarining sog'lig'ini mustahkamlash va saqlash masalalari alohida ahamiyatga ega.

Kalit so'zlar: kasallanish, kasallik tarkibi, nozologik shakllar, patronaj hamshirasi, tibbiy ko'rik, oilaviy poliklinikalar, birlamchi tibbiy yordam.

Актуальность исследования. По оценкам ВОЗ, для достижения к 2030 г. всеобщего охвата населения услугами здравоохранения человечеству не хватает 18 млн медицинских работников [1,2,3].

Цель - изучить заболеваемость, условия и образ жизни, факторы риска, влияющие на состояние здоровья и качество труда патронажных медицинских сестёр;

Материалы и методы исследований: явились патронажные медицинские сестры г. Ташкента 640 респондентов, Сырдарьинская область 220, Ферганская 230, Хорезмская 200, Кашкадарьинская 200, общее количество участников составило (1495). Предметом явились показатель заболеваемости, степень эмоционального выгорания, условия и образ жизни патронажной медсестры. Учетом имеющейся информационной базы схема организации выборки на уровне отдельных территорий (районов, городов, махаллей) осуществлялась в следующей последовательности: - на первом этапе осуществлен выбор районов (городов) согласно общепринятой методологии, отбор не менее 25 % от общего количества с учётом демографических и географических особенностей; - на втором этапе единицами отбора являлись городские и сельские семейные поликлиники (кластеры), которые входят в состав выбранных административных областей; - на третьем этапе - отбор патронажных медсестер осуществлен, исходя из случайной выборки в семейных поликлиниках и сельских пунктах семейного врача (пошаговая выборка) - по 10 патронажных медсестёр в сельской местности, по 20 патронажных медсестер в городе. С целью обеспечения репрезентативности полученных данных, выборка формировалась многоступенчатым методом отобрано 5 кластера. Затем в каждом кластере была проведена перепись ПМС. Респонденты подлежали социологическому опросу по индивидуальной анкете, кроме этого, для изучения эмоционального выгорания по опроснику В.В. Бойко «Эмоциональное выгорание» на основании измерения процессуального характера выгорания поэтапно в полном соответствии с механизмом развития стресса и в связи с этим получение более всесторонней информации о специфике формирования выгорания [2]. На втором этапе изучено состояние здоровья медицинских сестер, на основе анализа заболеваемости по обращаемости за 3 календарных года (2019-2021). Для изучения заболеваемости среди ПМС из карт амбулаторного больного данные вносились в разработанную нами «Карту изучения заболеваемости патронажных медсестёр».

Результаты с учетом данного обстоятельства проведение анализа гендерных различий оказалось не возможным и, соответственно, дальнейшее изучение социальных характеристик будет проведено в отношении только работников женского пола. В исследуемой профессиональной группе средний возраст респондентов составил $32,02 \pm 1,58$

года. Более 2/3 ($70,2 \pm 1,8\%$) работающих ПМС относится к средневозрастной когорте (21-39 лет). Больше половины ($53,8 \pm 1,9\%$) опрошенных респондентов к моменту анкетирования относились к возрастной группе до 30 лет.

Данные о заболеваемости представляют интерес не только как показатели здоровья населения, но и как «совокупный измеритель» объема и характера оказываемой медицинской помощи и ее результатов в динамике. По нашим данным общая заболеваемость ПМС составила 1050,7 случаев на 1000 изучаемого контингента.

Определяющее значение среди общей заболеваемости ПМС всех возрастных групп имели болезни крови и кроветворной системы. Распространённость болезней крови и кроветворных органов составила 171,9‰. Ведущее 1-е место по уровню заболеваемости 167,0‰ среди болезней крови и кроветворных органов занимает анемия, причем с возрастом женщин уровень анемии статистически достоверно стал снижаться. Самый высокий уровень анемий выявлен у женщин в возрасте 20-29 лет (184,1‰), самый низкий установлено в возрасте женщин 50 лет и старше (98,5‰).

По частоте заболеваемости во всех возрастных группах занимали болезни мочеполовых органов, уровень которых составил 101,6 случаев на 1000 ПМС. Причем с возрастом уровень болезней мочеполовых органов возрастает, составляя самый низкий (98,9‰) в возрасте 20-29 лет, а самый высокий в возрасте 50 лет и старше (121,3‰). Высокий уровень болезней мочеполовых органов определяется главным образом циститом и мочекаменной болезнью. Следует отметить, что с возрастом уровень заболеваемости циститом стал снижаться, а мочекаменная болезнь не выявляется в возрасте 20-29 лет. Уровень заболеваемости мочекаменной болезнью увеличивается в возрасте 50 лет и старше (303‰). Уровень заболеваемости циститом составил 80,3‰. Самый высокий его уровень 87,2‰ установлен в возрасте 20-29 лет, самый низкий (68,2‰) в возрасте 50 и старше.

Болезни органов пищеварения (89,6 случаев на 1000). Пик заболеваемости органов пищеварения приходится на 50 лет и старше (113,6 случаев на 1000). Одним из первых мест среди болезней органов пищеварения занимают болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (30,1‰), болезни жёлчного пузыря и желчевыводящих путей (45,5‰), которые имеют тенденцию к росту с увеличением возраста исследуемых. Среди болезней органов пищеварения имеют место аппендицит, грыжа, неинфекционный колит и энтерит. Приведенные результаты исследований подтверждают то, что ПМС, осознавая роль ЗОЖ в сохранении здоровья населения и своего здоровья, не всегда соблюдает эти правила.

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, уровень которых составил 54,7 случая на 1000 ПМС. В этом

классе заболеваний чаще регистрировались болезни щитовидной железы и сахарный диабет. Причем с возрастом болезни щитовидной железы определенно снижаются, хотя их разница статистически не были существенной ($p < 0,05$). Сахарный диабет регистрируется в возрастной когорте 40-49 лет (14,7 случаев), а в возрасте 50 лет и старше 22,8 случаев на 1000 ПМС.

По общему уровню заболеваемости (37,0%) болезни системы кровообращения не вошли в состав пяти основных классов болезней, но необходимо обратить особое внимание на болезни системы кровообращения, так как с возрастом женщин уровень болезней системы кровообращения начинает резко увеличиваться. Если в возрасте 20-29 лет они не выявлялись, то в возрасте 40-49 лет (102,6%) и в возрасте 50 лет и старше (144,0%) они достигали максимального уровня. Причем среди болезней системы кровообращения, ведущие место по уровню обращаемости, составили гипертоническая болезнь (18,8%), хронические ревматические болезни сердца (13,6%) и ишемическая болезнь сердца (3,7%). По всем классам заболеваний наблюдается тенденция увеличения заболеваемости с возрастом и стажем работы.

Из факторов риска для здоровья медицинского персонала наиболее значимыми по силе отрицательного воздействия является эмоциональный стресс, сопряженный со специфическими психоэмоциональными особенностями труда медицинских сестёр. Несмотря на высокую психоэмоциональную нагрузку, ПМС не обладают стрессо-

устойчивостью, что наиболее важно и не использует должные механизмы психологической саморегуляции.

Оценка эмоционального выгорания (ЭВ) по опроснику Бойко у ПМС составила (74,7±5,1) балла. Проведенный анализ данных выявил, что сформированная фаза напряжения наблюдалась у 8 %, фаза резистенции – у 43 %, фаза истощения – у 11 %, сформированный синдром ЭВ – у 9 % респондентов.

Следует отметить, что эмоциональное выгорание 1/4 ПМС формируется через ухудшение физического и психического самочувствия и появление психосоматических расстройств. Проведенный опрос среди ПМС с последующим анализом тестов показал, что, несмотря на невысокие средние количественные показатели, сформированное ЭВ отмечается у около 15 %, а формирующиеся признаки ЭВ – еще у ¼ части ПМС. Эти данные оказались несколько ниже мировых литературных данных и практически разрушили гипотезу нашего исследования о высоком уровне сформированности ЭВ.

Можно полагать, что развитию ЭВ у них препятствовали организационные факторы труда и индивидуально-психологические. Результаты исследований позволили выделить и обосновать значимость наиболее существенных факторов, определяющих состояние здоровья медицинского персонала в современных условиях, которые тесно связаны с возрастом, анатомо-физиологическими особенностями женщин, стажем работы, профессиональной деятельностью и образом жизни.

Таблица 1.

Оценки эмоционального выгорания, %

№		Почти никогда	Редко	Часто	Почти всегда
1.	Я чувствую себя эмоционально опустошенным к концу рабочего дня	10,8	43,3	26,3	19,6
2.	Я плохо засыпаю из-за переживания, связанных с работой	19,9	39,1	28,9	12,1
3.	Эмоциональная нагрузка на работе слишком велика для меня	27,3	36,4	22,7	13,6
4.	После рабочего дня я могу срывать на своих близких	33,6	37	19,3	10,1
5.	Я чувствую, что мои нервы натянуты до предела	26,5	38,8	23,3	11,4
6.	Моя работа плохо влияет на мое здоровье	32	33,7	22,2	12,1
7.	Мне сложно снять эмоциональное напряжение, возникающее у меня после рабочего дня	27,2	40,8	22	10
8.	После рабочего дня у меня уже ни на что не остается сил	21,6	38,3	24,9	15,2
9.	Я чувствую себя перегруженным проблемами других людей	26,1	41,3	18,2	14,4
10.	Чтобы взбодриться, употребляю кофе	22,5	37,6	21,4	18,5
11.	Чтобы взбодриться, употребляю энергетический напиток	67,1	17,1	8,8	7

Использование новых организационных технологий по профилактике заболеваний, изучение механизма формирования знаний о ЗОЖ, повышение приверженности ПМС принципам ЗОЖ на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений, позволят в перспективе снизить уровень заболеваемости и повысить качество труда.

В настоящее время с помощью социально-гигиенических и математических методов можно рассчитать силу влияния внешних факторов на здоровье населения и разработать целенаправленный план мер по улучшению их здоровья.

Такие меры имеют большое значение в разработке научно обоснованных мер, направленных на охрану здоровья ПМС путем прогнозирования заболеваемости. Поэтому ниже мы рассмотрим методы составления прогностической таблицы на основе показателей заболеваемости ПМС, связывая их с основными социально-гигиеническими и медико-биологическими факторами. Данный метод является одним из простейших методов составления прогностической таблицы и не требуют применения сложной вычислительной техники.

В соответствии с прогностической таблицей, наименьшее прогностическое значение ($\sum X_{\min}$), по ведущим социально-гигиеническим факторам полученная сумма равна 13,01. Разделив полученную величину находим наименьшее значение начального риска:

$$\sum X_{\min} / \sum R_{\text{п}} = 13,01 : 15,14 = 0,86$$

$$\sum X_{\max} / \sum R_{\text{п}} = 20,5 : 15,14 = 1,35$$

После этого находится максимальный прогностический индекс по каждой градации факторов, и через них находим самое высокое значение риска. На основе таблицы 3.9 самая высокая прогностическая сумма составила $\sum X_{\text{п}} = 20,5$. Разделив ее на сумму относительных показателей риска, определяется последняя наивысшая значение риска, которая равна 1,35.

Следовательно, диапазон влияния полученных 10 социально-гигиенических факторов на показатели заболеваемости ПМС составляет 0,86—1,35.

Таблица 2.

Прогнозная схема для комплексной оценки вероятности заболеваний

№	Социально-гигиенический фактор	Градация фактора	Прогностический коэффициент $X = N * R$	Показатель относительного риска, (R)
1	Возраст	20-29	1,31	1,38
		30-39	1,38	
		40-49	1,49	
		50 и старше	2,32	
2	Образование	средне- специальное	1,09	1,28
		высшее	1,66	
3	Семейное положение	не замужем	1,29	1,57
		замужем	1,66	
		разведена	2,02	
4	Общий стаж работы	0-9	1,24	1,24
		10-19	1,30	
		20-29	1,48	
		30 и более	1,54	
5	Жилищные условия	неудовлетворительные	2,18	1,64
		удовлетворительные	1,79	
		хорошие	1,33	
6	Характер питания	жаренная	1,63	1,37
		варенная	1,42	
		диетическая	1,19	
7	Психоэмоциональная обстановка в семье	благоприятный	1,37	1,78
		неблагоприятный	2,46	
8	Психологический климат в коллективе	неудовлетворительный	2,69	1,84
		удовлетворительный	1,84	
		хороший	1,47	
9	Выполнение утренней гимнастики и физических упражнений	регулярно	1,25	1,47
		не регулярно	1,84	
10	Медицинская активность	полный медосмотр	1,46	1,85
		частичный медосмотр	1,81	
		не проходили медосмотр	2,70	

А. Нормированный показатель-(М) =1050,7
 Б. Сумма показателей относительного риска - $\Sigma R = 15,14$
 С. $\Sigma X_{max} = 20,5$; $\Sigma X_{min} = 13,01$

Таким образом, чем больше интеграционный показатель – прогностический коэффициент, тем выше сила воздействия полученных комплексных

факторов и наоборот, чем меньше прогностический коэффициент, тем ниже сила воздействия этих факторов.

Таблица 3.

Группа риска заболеваний у ПМС и их поддиапазоны

Диапазон рисков	Размеры диапазонов	Группы риска
Минимальный риск	0,86-1,01	Благоприятный прогноз
Средний риск	1,02-1,17	Менее благоприятный -Внимание
Максимальный риск	1,18-1,35	Не благоприятный прогноз
Всего	0,86-1,35	

Использование прогностической таблицы для определения вероятности патологического риска в каждом конкретном случае позволяет определить показатели относительного риска, соответствующие каждому конкретному человеку, определить группы прогноза и обосновать медико-социальные и лечебно-оздоровительные мероприятия для индивидуального и группового оздоровления исследуемых лиц.

Таким образом, углубленное изучение и оценка социально-демографической характеристики, условий и образа жизни и заболеваемости ПМС, работающих в системе здравоохранения позволяют сделать следующие выводы:

1. По частоте распространённости в зависимости от возраста ПМС заболевания могут быть разделены на две группы. К первой группе относятся заболевания с острым течением и некоторые хронические заболевания, частота которых с возрастом снижается (ОРВИ, бронхит, ангины, отиты, цистит и анемии). Ко второй группе относятся заболевания с хроническим течением (сахарный диабет, хронические ревматические болезни сердца, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, мочекаменная болезнь и другие) уровень которых с возрастом увеличивается.

2. Основными факторами риска развития патологий у ПМС является: условия и образ жизни, возраст, образование, стаж работы, семейное положение, жилищные условия, характер питания, взаимоотношения в коллективе и семье, занятие физической культурой, медицинская активность. Формирование здорового образа жизни, улучшение психологического климата в коллективе и в семье, а также повышение медицинской активности ПМС является большим резервом укрепления их здоровья.

3. Проведенные исследования показали, что ПМС представляют собой профессиональную группу риска формирования ЭВ. Хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности способствует развитию у них состояний эмоционального выгорания, которые могут наблюдаться у

¼ ПМС. Эти лица нуждались в проведении им психопрофилактических и реабилитационных мероприятий. Важное значение для предупреждения ЭВ является оценка его начальных проявлений. Считается, что применение опросника В.В. Бойко (1999) может способствовать проведению более целенаправленных профилактических мероприятий ЭВ у ПМС.

Литература:

- Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Короткова Е.О. Международный опыт моделей первичной медико-санитарной помощи. Экспертный обзор. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 57 с.
- Евдокимов В.И., Есауленко И.Э., Губин А.И., Попов В.И. Оценка профессионального выгорания у медицинских работников: метод. рекомендации; Воронеж. гос. мед. акад. им. Н.Н. Бурденко Росздрава, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – Воронеж; СПб.: Политехника-сервис, 2009. – 82 с.
- <https://www.who.int/ru/news/item/17-10-2019-universal-health-coverage-passes-key-global-milestone>.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР

Уразалиева И.Р., Маматкулов Б.М.

Целью исследования изучить заболеваемость, условия и образ жизни, факторы риска, влияющие на состояние здоровья и качество труда патронажных медицинских сестёр. *Материалы и методы исследований:* объектом исследования явились патронажные медицинские сестры (1495 респондентов). Предметом явились показатель заболеваемости, степень эмоционального выгорания, условия и образ жизни патронажной медсестры. На первом этапе осуществлен выбор районов (городов) согласно общепринятой методологии, отбор не менее 25 % от общего количества с учётом демогра-

фических и географических особенностей. На втором этапе единицами отбора являлись городские и сельские семейные поликлиники (кластеры), которые входят в состав выбранных административных областей. На третьем этапе – отбор патронажных медсестер осуществлен, исходя из случайной выборки в семейных поликлиниках и сельских пунктах семейного врача (пошаговая выборка) – по 10 патронажных медсестёр в сельской местности, по 20 патронажных медсестер в городе. Изучение условий и образа жизни проводилось путем опроса-интервью медицинских сестер. Для изучения эмоционального выгорания использовали опросник В.В. Бойко о специфике формирования выгорания. Изучено состояние здоровья медицинских сестер, на основе анализа заболеваемости по обращаемости за 3 календарных года (2019-2021). Данные из карт амбулаторного больного вносились в разработанную нами «Карту изучения заболеваемости патронажных медсестёр». **Результаты.** В настоящее время

доказано, что одной из основных причин высокой заболеваемости патронажных медсестёр является специфика профессиональной деятельности. Отечественные и зарубежные исследования значительно усилили интерес к вопросам взаимодействия профессиональной деятельности, поведения людей и их здоровья. Здоровьесберегающее поведение медицинских работников рассматривается как способность организма сохранять и активизировать компенсаторные, защитные, регуляторные механизмы, обеспечивающие работоспособность во всех условиях протекания его профессиональной деятельности. Поэтому вопросы укрепления и сохранения здоровья медсестёр современной медицинской организации приобретают особую актуальность.

Ключевые слова: заболеваемость, структура заболеваемости, нозологические формы, патронажная медсестра, медицинский осмотр, семейные поликлиники, первичная медико-санитарная помощь.

