Дипломная работа

**Роль медицинской сестры с высшим образованием в работе врача**

**общей практики**

Саяногорск

**Содержание**

Введение

Глава I. Обзор литературы. Здоровье семьи и ее влияние на демографическую политику

1.1 Факторы, влияющие на демографическое состояние семей и их формирование

.2 Классификация семей

1.3 Состояние здоровья взрослых членов семьи и факторы его обуславливающие

.4 Состояние здоровья детей в семьях и факторы его обуславливающие

1.5 Становление семейной медицины в РФ

1.6 Принципы семейной медицины

Глава II. Объект и методы исследования

.1 Демографическая характеристика обследуемого района

.2 Семейная структура г. Саяногорска

.3 Характеристика объектов и методов исследования

.4 Объект исследования

2.4.1 Структура исследованных типов семей

2.4.2 Возрастная характеристика семей

.4.3 Состав семьи

.4.4 Численность детей, проживающих в семьях

2.4.5 Сравнительная характеристика по уровню образования главы семьи

2.4.6 Сравнительная характеристика по степени занятости в труде

2.4.7 Сравнительная характеристика семьи по уровню обеспеченности

.4.8 Сравнительная характеристика семьи по степени занятости членов семьи в труде

Глава III. Состояние здоровья семей и уровень получаемой ими медицинской помощи

3.1 Оценка состояние здоровья

3.1.1 На вопрос как вы оцениваете состояние своего здоровья

3.1.2 На вопрос как вы оцениваете состояние здоровья членов своей семьи

3.2 Оценка оказываемой медицинской услуги

3.2.1 На вопрос как вы оцениваете оказываемую медицинскую помощь вам и вашей семье

3.2.2 На вопрос вас устраивает график работы вашего врача

3.3 Обращения семей за медицинской помощью

3.3.1 На вопрос к кому вы обращаетесь при заболеваниях ночью в выходные и праздничные дни

3.3.2 На вопрос к кому вы обращаетесь при заболеваниях детей

3.3.3 На вопрос к кому вы обращаетесь при заболеваниях взрослых членов семьи

3.4 Поводы обращения в течение календарного года в районную больницу

3.5 Мнение респондентов о том, кто должен наблюдать членов их семей

.6 Что необходимо для улучшения медицинской помощи им и членам их семьи (по мнению респондентов)

Глава IV. Место и роль медицинской сестры с высшим образованием в качестве помощника врача общей практики

Вывод

Список литературы

Приложение

**Введение**

**Актуальность проблемы.**

Здоровье является звеном социально-экономического, демографического и санитарно-гигиенического благополучия страны.

В результате происходящих в стране экономических и социальных процессов структура амбулаторно-поликлинической службы, система здравоохранения оказалось не в состояние обеспечить население доступной и квалифицированной помощью на уровне первого звена. Существенные диспропорции в объемах финансирования амбулаторно-поликлинической, стационарной помощи ограничивают возможность развития материально технической базы и внедрение ресурсосберегающих механизмов.

В результате развития узкой специализации на догоспитальном этапе участковые врачи не стали координаторами лечебно-профилактической работы на своем участке, они не обеспечивали постоянный контроль за состоянием здоровья пациента и его семьи и фактически не несли ответственности за объемом и качеством оказываемой помощи. У них стал снижаться объем и спектр профилактических и лечебно-диагностических услуг и постепенно увеличивается спектр диспетчерских функций: частота направленных амбулаторных больных к узким специалистам достигла 30-40%.

Необходимость реформирования системы организации амбулаторно-поликлинической помощи стала очевидна. С переходом к системе обязательного медицинского страхования сформировался социальный заказ на введение врача общей практике.

По мнению Р.С. Гаджиева (2005) переход к первичной медицинской помощи по принципу врача общей практике ведет к улучшению качества и доступности экономической и медицинской помощи, эффективным использованиям ресурсов и изменение ориентации на профилактику заболевания и укрепление здоровья.

**Цель.**

Разработать организационную модель «Место и роль медицинской сестры с высшим образованием в качестве помощника врача общей практики.»

**Задачи:**

1. Изучить семейный состав врачебного участка.

. Изучить социально-гигиенические и медико-демографические особенности семей.

. Изучить современные состояния медико-социального обеспечения семей.

. Изучить потребности семей в медико-социальной помощи.

. Разработать модель «Место и роль медицинской сестры с высшим образованием в качестве помощника врача общей практики».

**Объект и методы исследования**: Объектом наблюдения являлась семья, единицей наблюдения индивид (член семьи). В работе использовались методы: анкетирования, данные государственной и медицинской статистике.

**Методологическая база исследования:** Городская больница г. Саяногорска

**Глава I. Обзор литературы. Здоровье семьи и ее влияние на демографическую политику**

Состояние здоровья сказывается на всех сферах жизни людей. Полнота и интенсивность многообразных жизненных проявлений человека, как справедливо отмечает большинство исследователей (Лисицин Ю.П., 1999; Шепин О.П., 1994; и др.) в своих работах, находится в непосредственной зависимости от уровня здоровья, его качественных характеристик.

Понятие "здоровье" имеет множество оттенков и его содержание до сих пор не имеет общепризнанного толкования. Ю.П. Лисицин (1999), дает следующие определение: «Здоровье- гармоничное единение биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями.»

Согласно уставу ВОЗ (1957), здоровье определяется как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

В нашей стране, наиболее часто употребляют определение СМ. Громбаха (1984), по которому: «Состояние здоровья - это та степень приближения к полному здоровью, в которой человек находится в данный момент».

Учитывая ухудшение здоровья населения в настоящее время, острота проблемы его изучения постоянно нарастает. Это связано с тем, что деятельность медицинских учреждений, врачебного, сестринского и другого персонала происходит в принципиально новых, непрерывно усложненных условиях и испытывает на себе все возрастающее давление процессов, происходящих в стране (Воронцов И.М., 1997; Мокеева М.М., Сетко П.П., 1999).

Последние годы, являются самыми неблагоприятными в демографической ситуации Российской Федерации за последние десятилетия, которая характеризуется сокращением общей численности населения, негативными тенденциями основных показателей естественного движения населения (Бабенко А.И., 1997). Данная ситуация схожа с закономерностями демографического поведения населения, отмечаемыми раннее в других странах в периоды экономических кризисов и социально-политической нестабильности (Максимова Т.М., Какорина Е.П., 1994).

Массовое распространение в настоящее время малодетной семьи (одно-, двухдетной), - результат доминирования нового типа репродуктивного поведения, который проявляется в сознательном ограничении числа детей (рождений), что вызвано рядом социально-экономических факторов и условий.

Сложившаяся в последние десятилетия тенденция формирования брачно-семейных отношений, повысила интерес к выяснению ее глубинных процессов, объяснению роли социально-экономических факторов и объективных особенностей личности в процессе воспроизводства населения (Логвинова И.И., Емельянова А.С., 2000).

**.1 Факторы, влияющие на демографическое состояние семей и их формирование**

Факторы, определяющие воспроизводство населения и влияющие на демографическую ситуацию изучались многими исследователями и обобщены в большом количестве работ (Ушакова Г.А., Елгина СИ., 1999).

Из всех многочисленных факторов потенциально влияющих на уровень рождаемости и демографическую политику, выделяют как основные следующие: материально-экономические, состояние брачности и уровень разводов, возрастно-половую диспропорцию из-за миграционных процессов, экологические факторы.

Семья в силу возросшего значения ее воспроизводительной функции является одним из главных объектов демографической политики, причем особое внимание уделяется молодой семье, так как именно она в основном обеспечивает воспроизводство населения. Тенденции демографической ситуации, так или иначе, проявляются через семью, сказываются на ее развитии. В зависимости от устойчивости брачно-семейных отношений в обществе, от детности семьи формируется динамика и структура численности населения. (Дощицин Ю.П., Лапин Н.Н., Эсаулов Д.М., 1998).

По мнению О.В. Грининой, Е.И. Русаковой (1997) уменьшению состава семьи способствую такие факторы:

урбанизация;

планирование семьи (время формирования, изменение возраста вступления в брак, планирование числа детей и сроков их появления);

стабильность семьи и прекращение брака;

нуклеаризация и разделение семей, а также более широкие возможности, которые открываются перед женщинами в самых различных областях деятельности.

Это приводит к тому, что многочисленная и состоящая из трех поколений семья и другие формы совместного существования связанных родственными отношениями людей встречаются редко.

Результаты исследований свидетельствуют, что малодетность семей обусловлена снижением репродуктивных установок супругов, которая в свою очередь, является следствием достаточно сложного и в основном опосредованного влияния на них (и соответственно на репродуктивное поведение) комплекса социально-экономических, демографических и социально-психологических факторов.

По мнению О.В. Грининой, Д.И. Кича, Т.В. Важновой (1998), неблагополучная социально-экономическая обстановка, не способствует созданию семьи, так как это является риском.

У молодежи нет уверенности в своем будущем и будущем своих стран, в результате этого снизилась оценка ценности семьи и детей.

Россия, входит в десятку стран с самой низкой рождаемостью.

Выявленная в 70-80 гг. тенденция к снижению рождения детей и упор на малодетную семью из-за отсутствия условий (Елизаров В.В., 1998), сохраняется до настоящего времени.

Так, как рождаемость складывается из отдельных актов рождений происходящих в семье, то понятно все возрастающее внимание к факторам, определяющим ее репродуктивное поведение.

Специальные статистические исследования в области планирования семьи и рождаемости (изучение состава родильниц, опрос женщин о желаемом числе детей, когортные исследования молодых семей, изучение причин абортов и т.д.), дают возможность более четко представить положение, связанное с характеристиками рождаемости (Юрьев В.К., 2000).

Исследования разных авторов (Гринина СВ., Солохина Л.В., 1996) выявили увеличение рождаемости среди женщин моложе 20 лет (15-19 лет) и снижение рождаемости среди женщин в возрасте 30 лет и старше.

Большое влияние на воспроизводство населения оказывают аборты, уровень которых постоянно растет и наблюдается чаще у женщин с первым браком. Наибольшее число абортов наблюдается у женщин вступивших в брак после 25 лет и имеющих высшее и среднее специальное пли среднее техническое образование. Искусственное прерывание беременности, особенно в молодое возрасте приводил к ухудшению здоровья женщин.

По данным О.В. Грининой, Д.И. Кича, Т.В. Важновой (1998), здоровье людей могло бы заметно улучшиться, если бы планирование семьи предусматривало более доступные средства предотвращения слишком ранних и слишком поздних беременностей, регулирование размеров семьи и соблюдение необходимого интервала времени между рождением детей.

Происходящие социальные потрясения оказали существенное влияние на динамику браков, рождений, смертей, а в итоге и на общую численность населения.

Особенностью современных семейно-брачных отношений является их нестабильность, о чем свидетельствует отсутствие тенденции к снижению показателей развода. По мнению разных авторов, на уровень разводов влияют: неподготовленность к браку, особенно у единственных детей в семье, психологическое состояние молодых родителей после рождения первого ребенка (Витакер К., 1998, 1999).

Стабильность брака зависит от многих обстоятельств и, прежде всего от изменения положения женщин в обществе, приобретения ими экономической независимости, роста самосознания и изменения требований, предъявляемых к брачным партнерам. Определенное значение в увеличении частоты разводов имеют браки, стимулированные добрачным зачатием и перспективой появления ребенка.

Недостаточное половое воспитание приводит к большому числу рождений внебрачных детей, особенно у юных матерей, число которых постоянно растет.

Исследования, проведенные в США (Piatt M.J., 1998), свидетельствуют о том, что ранняя половая жизнь подростков ведет к серьезным последствиям: рождению детей с низкой массой тела, преждевременным родам, повышению смертности новорожденных (в 2-3 раза выше обычного условия).

Немаловажное значение в первый период жизни семьи имеют условия, в которых живет молодая супружеская пара. Многие исследователи считают, что ухудшение репродуктивного здоровья будущих матерей происходит в основном за счет увеличения хронических соматических и гинекологических заболеваний, которые влияют на изменение репродуктивных установок и репродуктивного поведения женщин. Установлено, что здоровые женщины планируют больше детей, чем женщины, имеющие хронические заболевания (Ярославцев А.С, 1998).

По мнению ряда авторов, на состояние репродуктивного здоровья женщин сильно влияют недоедание и неблагоприятно перенесенные беременности. Из других факторов наибольшее влияние на репродуктивную политику и формирование семей оказывают: общественное положение женщины, удовлетворение материальных и культурных потребностей, обеспечение детскими учреждениями, действующее законодательство, национальные обычаи, урбанизация, возрастно-половая диспропорция, очередность браков, экологические и производственные вредности, уровень безработицы и вынужденная миграция (Артюхов И.П., 996).

**.2 Классификация семей**

Семья является объектом исследования специалистов различных наук. Философия, социология и этнография, психология и педагогика, право и медицина имеют свой "интерес" в изучении семьи, свой предмет исследования.

Советский энциклопедический словарь (1980), дает следующее определение семьи. Семья - это основанная на браке или кровном родстве группа члены которой связаны общностью быта, взаимной помощи и моральной ответственности.

При переписях населения, под семьей, как правило, понимается совокупность лиц, проживающих совместно, объединенных родством или свойством и общим бюджетом. Такой, чисто формальный подход к определению семьи, несмотря на удобство его применения в демографической статистике, тем не менее не отражает важных содержательных признаков семьи(Галкин В.Л,. Кртюшссв Г.Г., Намаканов Б.А., 1991).

Несмотря на то, что изучение семьи и семейной структуры населения занимает одно из ведущих мест в исследованиях специалистов, до последнего времени нет общепризнанного, универсального научного определения семьи.

Попытки классификации семей предпринимались многократно различными исследователями (Голод С.И., 1998; и др.), но все они отражают только некоторые стороны жизни семей.

Для совершенствования деятельности медико-социальных служб работающих по семейному принципу необходима дифференциация обслуживаемых семей по группам.

В настоящее время отмечается тенденция к резкому росту в РоссийскойФедерации численности семей и детей так называемого «социального риска», требующих неотложной медико-социальной помощи и правовойзащиты с участием медицинских и социальных работников. К этому контингенту относятся семьи одиноких матерей, детей инвалидов, многодетные семьи, семьи жен военнослужащих срочной службы с детьми, семьи беженцев и вынужденных переселенцев, семьи безработных, девиантные семьи и др. (Зелинская Д.И., Кобринский Б.А., 2000).

Как показывают исследования (Кича Д.И., Гринина О.В., 1996), отличительной чертой, характеризующей проблемы современных семей с детьми, является нарастание в них числа сочетанных факторов риска (три и более фактора отмечаются у 35-40% обследованных семей).

Кроме того, в классификациях, часто недостаточно учитываются различные характеристики семьи: медико-социальные, социально- психологические, социально-демографические, которые играют немаловажную роль в жизни семьи, влияя как на репродуктивное поведение, так и их здоровье.

Медико-социальная характеристика семьи отражает уровень санитарной грамотности и реализации гигиенических установок на здоровый образ жизни (выполнение предписаний врача, наличие вредных привычек) медицинское обслуживание, здоровье семьи (по данным обращаемости).

В социально-психологическую характеристику входит: мотивация выбора профессии, различные аспекты удовлетворенности условиями труда, быта, отдыха, взаимоотношения, установки на повышение уровня и продолжение трудовой деятельности.

Наиболее приемлемая классификация типов и видов семей была разработана В.Ф. Капитоновым, О.М. Новиковым (2000 г). В ней предусмотрено разделение семей по типам (полная, неполная и т.д.) и видам (медико-демографическим, социально-гигиеническим)

**.3 Состояние здоровья взрослых членов семьи и факторы его обуславливающие**

Состояние здоровья взрослого населения России в последние десятилетия ухудшилось.

Состояние здоровья зависит от взаимодействия учреждений здравоохранения и общества, от построения национальной политики, концепции охраны здоровья, законодательной базы, доступности первичной и стационарной помощи, уровня медико-социальной помощи.

Корни заболеваний у взрослых, лежат в детском возрасте. В настоящее время считается, что здоровье человека определяется генетической программой заложенной еще во внутриутробный период и формирование же большинства болезней на любом этапе жизни человека происходит, исходя из той же генетической программы под действием влияния факторов внешней среды. Наибольшее влияние на здоровье населения оказывают образ жизни который часто обусловлен условиями жизни и социальными факторами.

Среди факторов, оказывающих значительное влияние на состояние здоровья населения и обуславливающих различия в его уровне, важное значение имеет семейное состояние, а именно состояние брачности. Так например частота психических расстройств у разведенных мужчин и женщин намного выше (в 2,9 раза), чем у женатых(замужних) и неженатых (незамужних). Имеются определенные указания на связь заболеваемости супругов. Статистические данные свидетельствуют о том, что смертность лиц, состоящих в браке, гораздо ниже, чем не состоящих в браке, особенно это касается мужского населения (Furunes В.. Bengtsson С, Lapidus L., 1996; Helmert U., Shea S., 1998).

Состояние здоровья взрослых членов семьи, зависит и от числа детей в семье, которые иногда даже отрицательно действуют на состояние здоровья и продолжительность жизни родителей. Роды, особенно при неблагоприятном течении беременности увеличивают риск смерти для женщин; воспитание детей доставляет порой немало волнений и нервных перегрузок и т.д. (Васильева З.В., Тягунова А.В., Конькова Т.А. 2000). Кроме того, дети требуют значительных материальных издержек, много времени уходит у родителей на обучение, воспитание (Walberg P., McKee M., Shkolnikov V. et al, 1998).

Существует тесная связь заболеваемости с временной утратой трудоспособности и видами нетрудоспособности у женщин с размерами семьи и числом детей у них, (Нирре П F.A., Whittington J.E., 1995).

В последнее время значительная часть женщин указывает на неблагоприятное течение беременности, что обусловлено острыми заболеваниями и обострениями хронических заболеваний в этот период. Ухудшение течения беременности связывают с ухудшением репродуктивного здоровья уже у девушек-подростков. Несмотря на то, что у матери за время беременности и родов часто нарушается соматическое и психическое здоровье, они после родов редко обращаются за медицинской помощью.

Семейный климат, внутрисемейные отношения, семейное положение во многом формируют состояние здоровья. В последние годы, в связи с неблагоприятным социально-экономическим положением, резко увеличивается количество психоэмоциональных стрессов, которые оказывают влияние на уровень заболеваемости и смертности. В этих условиях семья оказывается той универсальной общностью, где в повседневных неформальных контактах супругов, родителей с детьми и других родственников при благоприятно складывающихся обстоятельствах выполняется дефицит личностного общения и, тем самым "растворяется" негативная психическая и эмоциональная энергия. Отсутствие же психологической совместимости приводит к устойчивым конфликтам и дистрессу. (Голод С.И.)

Неблагоприятная микросоциальная среда, а также стрессы, испытываемые в семье и на работе, могут явиться причиной серьезных - психических нарушений.

Постоянные стрессовые ситуации и конфликты способствуют алкоголизации населения, что особенно проявляется в семьях безработных.

Состояние здоровья безработных значительно хуже, чем у работающих. Так, отсутствие работы, несвоевременное получение заработной платы и пособий приводит, как правило, к постоянной эмоциональной стрессовой ситуации, которая приводит к резкому ухудшению здоровья.

Если безработные получали работу их самочувствие улучшалось. Таким образом, у лиц всех социальных слоев длительное пребывание без работы приводит к ухудшению субъективного самочувствия.

Каждый человек обладает определенным социальным статусом − положением, которое он занимает в обществе, семье, трудовом коллективе.

Понятно, что какая-то серьезная болезнь вызывает изменение сложившегося статуса.

В последнее время во всем мире придается большое внимание значению питания в формировании здоровья как фактору имеющему влияние на всех этапах жизни человека, действие которого проявляется как в формировании иммунной системы, так и влиянии на заболеваемость, изучая состояние питания в Российской Федерации многие ученые пришли к выводу, что около 70% людей страдают от физического и психического истощения связанного с недостатком питания или его ингредиентов.

На состояние здоровья так же влияют: снижение физической активности, частота общения с другими людьми, которые оказывают комплексное воздействие на организм.

Большое влияние на состояние здоровья оказывают: профессиональные, экологические и другие факторы.

**.4 Состояние здоровья детей в семьях и факторы его обуславливающие**

Здоровье детей, в наибольшей степени отражает состояние здоровья обществаи перспективу его, а показатели их здоровья, определяют состояние многих медицинских, социальных и экономических проблем общества.

Особенностью социального плана является ведущая роль взрослых в обеспечение физического и психического развития и хорошего состояния здоровья детей. Эта особенность вытекает из генетически запрограммированной беспомощности ребенка и отсутствия целенаправленных форм врожденного поведения. Именно здоровье взрослых определяет здоровье детей, причем наибольшее влияние оказывает состояние здоровья родившей его женщины (Юрьев В.К., 2000). В то же время здоровье женщин фертильного возраста закладывается с первых дней жизни.

Кромевсех многочисленных факторов потенциально влияющих на внутриутробное развитие плода и продолжительность беременности выделил всего 7 групп как значимые:

) генетические и конституциональные,

) демографические и психосоциальные,

) акушерские,

) питание ребенка,

) материнская заболеваемость,

) интоксикации матери,

) медицинская помощь в пренатальном периоде.

Период новорожденности является первым периодом внеутробного развития организма. Начало этого периода совпадает с завершением антенатального периода, окончание предшествует качественно новому состоянию - периоду грудного возраста.

В последние годы резко ухудшилось состояние здоровья новорожденных.

Из числа выявленных заболеваний новорожденных на первой неделе жизни 92% диагностируются в момент рождения, а 8% во время пребывания в родильном доме. Таким образом, 92% заболеваний новорожденных патогенетически связаны с их состоянием в антенатальном и интранатальных периодах.

Наибольшее влияние на заболеваемость детей в период. новорожденности и в последующих возрастах оказывают: наследственная и врожденная патология, заболевания матери во время беременности, токсикозы и осложнения в родах, возраст матери и порядковый номер беременности и родов, степень доношенности.

Особую проблему составляют часто болеющие дети (ЧБД). В настоящее время часто болеющими детьми считают если ребенок на первом году жизни перенес 4 и более заболеваний, на 2-м и 3-м годах - 6 и более, на 4-м году - 5 и более, на 5-м и 6-м годах 4 и более, на 7-м году жизни и далее 3 и более заболеваний в течение года. Значительное влияние на заболеваемость детей всех возрастов и особенно первого года жизни отводится правильному вскармливанию и гигиеническомууходу (Зелинская Д.И., Ладодо К.С, 2000).

Качественное неполноценное питание наблюдается при смешанном и искусственном вскармливании (Воронцов И.М., 1999). При этом нарушается правильное соотношение между белками, жирами, углеводами и солями (Княжев В.А., Баранов А.А., Конь И.Я. и др., 1999). При нормальном содержании ингредиентов в пище может наступить голодание, если они недостаточно всасываются или расщепляются, то есть нарушение всасывающей способности пищеварительного канала может быть причиной дистрофии.

Большое значение заболеваемости детей имеют социальные факторы: безработица отца, нахождение их в домах ребенка, детских домах и интерната различного профиля, а также окружающая среда.

На ухудшение состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста, наиболее выраженное в сельской местности, указывает большинство исследователей (Singh M.P., Nayar S., 1996). В.В.Юрьев,

И.С. Подосинников (1999), отмечают высокую заболеваемость дошкольников, которая составляет 3-6 заболеваний в год на 1 ребенка, у ЧБД (количество которых растет) этот показатель в 2,5-5,5 раз больше. З.С. Макарова, В.А. Доскин и др. (1999), проводя комплексное обследование детей раннего и дошкольного возраста, выявили пограничные отклонения у 60-80% обследованных.

В формировании здоровья подрастающего поколения важную роль играет семья, которая является основным участником и непосредственным исполнителем повседневной работы по воспитанию здорового ребёнка, профилактике у него многих видов заболеваний, травм и несчастных случаев, сложны и ответственны задачи семьи при острых заболеваниях детей и их лечении, при хронических заболеваниях, подготовке к поступлению в организованный коллектив. Именно в семье формируются наследственные болезни, и болезни с семейной предрасположенностью.

Социальная микросфера, окружающая ребенка еще до рождения, ее эмоциональная и нравственная атмосфера в значительной степени обуславливает физическое и духовное здоровье ребенка. Именно в семье формируется образ жизни, сказывается влияние вредных привычек родителей и формируются вредные привычки детей.

На состояние здоровья детей в семье влияет и отсутствие одного из родителей.

Согласно статическим данным США (1995), происходит постоянное увеличение доли детей, проживающих в семьях с одним родителем что является следствием разводов в семьях, имеющих детей, а также увеличением доли детей рожденных вне брака.

Большинство внебрачных детей рождены либо от случайных половых связей, либо сознательно с целью создания неполной семьи Таким образом внебрачная беременность, особенно у женщин наиболее молодых групп, довольно часто нежелательна или несвоевременна.

Перечисленные обстоятельства могут отрицательно сказываться на развитие и здоровье ребенка. Так, внебрачные дети более чем в 2 раза чаще рождаются недоношенными (Логвинова И.И., Емельянова А.С., 2000).

Дети очень болезненно переживают развод родителей, особенно если у них была к ним большая привязанность. Тяжелая психологическая травма,

Развившаяся у них в результате развода родителей, ведет к нарушению у них психики, поведения, невротических состояний, которые в свою очередь приводят к психосоматическим заболеваниям. Такая же реакция развивается и у детей в случае смерти одного из родителей.

В случаях повторного брака, часто образуются семьи с неродными детьми (родителями), которые имеют свои психологические особенности. Дети школьного возраста, часто не хотят видеть "чужого" в доме. Им кажется, что мать стала меньше уделять им внимания, неохотно идут на контакт с неродным родителем, сравнивая его со своим отцом. Девочки из семей с отчимом хуже учатся в сравнении с подростками из первобрачных семей, чаще курят. Мальчики чаще выпивают(Гурко Т.А., 1996).

Особой группой семей, имеющих свои специфические медико-социальные потребности, являются многодетные семьи (Альбицкий В.Ю., Волкова Г.М. 1999). Дети из многодетных семей чаще болеют ОРВИ и подвержены травмам, чем единственные в семье дети (Сибурина Т.А., Черемных Л.Н., Барскова Г.Н., Мотков С.И., 1998).

Если родители злоупотребляют алкоголем, то нарушаются все основные функции семьи: воспитательная, экономическая, культурная, эмоциональная, психологическая, что сказывается на стабильности семейных отношений и ведет к появлению так называемых трудных детей.

Эти дети, лишенные заботы и ухода, становятся либо замкнутыми, пугливыми, готовыми на немотивированные поступки, либо агрессивными, мстительными, жестокими.

У большинства детей в "алкогольных семьях" наблюдаются неврологические и неврозоподобные реакции, которые способствует развитию у них дистонических состояний.

У детей от матерей, больных алкоголизмом, чаще выявляются признаки эмоциональной неустойчивости, гиперреактивности, диссоциация сознания и пониженная сосредотачиваемость. Считают, что они имеют значительные отклонения в психике (Розенфельд Л.Г., Кремлев С.Л., Трасов И.С., 1999).

**.5 Становление семейной медицины в РФ**

**Семейная медицина -** это наука о наиболее частных проблемах здоровья семьи и пациента не зависимо от пола и возраста. **-** это особая академическая дисциплина, которая обеспечивает первую непрерывную и всестороннюю помощь населению.

**ПМСП** − (первая медико-санитарная помощь) - это определенная научно обоснованная социально приемлемая и экономически доступная большинству людей система медицинской помощи направленная на сохранение и подержания здоровья населению.

При становлении семейной медицины в РФ корни уходят далеко в историю:

век. Ведущие клиницисты России по характеру своей деятельности были фактически врачами общей практики.

век. В стране имелись клинические школы которые ориентировались на целостное восприятие заболевания человека.

г. Принцип ПМСП по топу общего или «земского» врача были законодательно подтверждены.

За годы советской власти произошли существенные изменения в структуре и развитие З.О. Увеличение численности медицинской помощи, лечебных учреждений, в поликлиниках кроме участковых терапевтов были привлечены различные узкие специалисты. И тем самым модель ПМСП перешла в модель из «земской» в помощь по амбулаторно-поликлинической помощи, где главная фигура участковый терапевт.

«+»работа узких специалистов более целенаправленна в своих знаниях по узким дисциплинам.

«-» участковый врач иногда превращается в диспетчера или в регистратора, который направляет к узким специалистам.

В результате работы данной модели произошло:

резко увеличилось число пациентов направленных к узким специалистам.

большие очереди к узким специалистам.

нехватка в районах и сельских местностей врачей узких специальностей.

В конце 80-х годов в стране назрела необходимость в реформах в системе З.О.ПМСП.

**1-й Приказ №1284 от 18.12.1987 г.**

*«Эксперимент по подготовке семейных врачей»*

Этот эксперимент не означал что весь СССР перейдет на подготовку врачей общей практике, а только в некоторых регионах.

Московская область;

Самарская область;

Ленинградская область;

− Тульская область. (Е.И. Черниченко).

**2-й Приказ №237 от 26.08.1992 г.**

*«О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики или семейного врача».*

**3-й Приказ №463 от 30.12.1999 г.**

Утверждена отраслевая программа *«Общая врачебная семейная практика».*

**4-й Приказ №350 от 20.10.2000 г.**

*«О совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ».*

**5-й Приказ №84 от 17.01.2005 г.**

*«О прядке осуществления деятельности врача общей практики».*

**.6 Принципы семейной медицины**

*1. Длительность и непрерывность лечения*.

Непрерывность-отношение между системой семья-врач-мед. сестра и другими специалистами работающими в сфере З.О. которым приходиться обращаться к семейному врачу за помощью и советами.

Одним из преимуществ непрерывного обслуживания является обеспечение сотрудничества с пациентом (контроль за приемом назначений.

Непрерывность медицинской помощи имеет 4-ри измерения.

) Хронологическое измерение −это те стороны помощи, которые связанные с ростом и развитием индивидуума и семьи.

) Географическое измерение − отражает обеспечение первичной медицинской помощи не зависимо от того где ее оказывают.

) Междисциплинарное измерение − охватывает ситуации когда у пациента и родственников возникает несколько различных проблем требующих участие различных специалистов.

4) Межличностные измерения − содержит 4-ри элемента:

отношение в системе врач − мед. сестра - пациент;

отношения в системе врач (м/с) − семья пациента;

отношения в системе врач (м/с) − узкие специалисты;

отношения в системе врач (м/с) − социально-экономическое окружение;

*2. Многопрофильность первичной медицинской помощи.*

Семейный врач имеет право оказывать первичную медицинскую помощь любому больному независимо от его возраста и пола

*3. Семья как единица медицинского обслуживания.*

Семь характеризуют свои традиции, культура, религия, а экология и правовые нормы создают ее внешние контуры (наследственность, воспитание, общее и профессиональное образование) определяет индивидуальность качества поведения людей их отношения между собой.

Понимая, все это специалист по семейной медицине должен воспринимать каждого пациента не только как индивидуума с определенной биологической проблемой, но и как личность в контексте ее жизненного социального пространства, природного, климатического и экологического окружения.

Оказывая помощь нескольким поколениям пациентов из одной семьи семейный врач и семейная медицинская сестра неизбежно сталкиваются с различными внутренними проблемами семьи, семья для ее членов может быть как помощником, так и источников травм.

*4. Превентивность основа деятельности врача и медицинской сестры.*

Профилактическая направленность важнейший признак семейной медицины. Прогнозирования развития определенных заболеваний до клинической их диагностики, своевременное информирование пациентов, а также принятие профилактических мер- это важнейшие составные элементы ежедневной работы семейного врача и медицинской сестры. Под прогнозированием и ранним распознаванием заболеванием понимают обнаружение ранних стадий тех заболеваний и аномалий развития, которые поддаются профилактике и лечению.

*5. Координация медицинской помощи.*

Важнейший компонентом является интегрированное оказание медицинской помощи - это координация и объединение в эффективное целое всех персональных услуг З.О. в которых нуждается пациент на протяжение длительного времени, в качестве интегратора выступает семейный врач.

*6. Принцип экономической эффективности и целесообразности помощи.*

Осуществление помощи по типу семейного врача является более эффективным.

*7. Ответственность пациента и членов его семьи и общества за сохранения и улучшения здоровья.*

1. Важнейшей мерой позволяющей снизить количество хронических заболеваний и их тяжесть следует отнести такие меры которые, должны осуществляться самими пациентами, при этом происходит повышение ответственности пациентов за свое здоровье.

. Медицинское просвещение информацией и консультирование пациентов является важнейшим обязательством медицинского работника.

. Недостаточно точные скрининг-тесты выполняемые без учета факторов риска дают большое количество ложно положительных результатов что экономически неоправданно.

. Профилактические меры должны быть строго индивидуальны с учетом возраста, пола, факторов риска.

. Пациент это активный участник лечебно-профилактического процесса и поведение в значительной степени определяет прогноз.

Несмотря на значительное число работ посвященных медицинскому обслуживанию семей, роль медицинской сестры-менеджера, как помощника врача общей практики не определена.

**Глава II. Объект и методы исследования**

**.1 Демографическая характеристика обследуемого района**

Демографическая структура города Саяногорска носит регрессивный тип. Общая численность населения города Саяногорска составляет 643000 человека, из них численность детей составляет 13339 человек (20,7%). численность взрослого населения составляет 50961 человек (79,3%), в том числе пенсионеры по возрасту составляют 15740 человек (30,9%). (рис. 1, табл. 1)

Рис. 1. − Удельный вес повозрастных групп в общей численности населения

Таблица 1. − Возрастная структура г. Саяногорска

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Численность населения | 643000 человек | 100% |
| Численность детей | 13339 человек | 20,7% |
| Численность взрослых | 50961 человек | 79,3% |
| Пенсионеры по возрасту | 15740 человек | 30,9% |

**2.2 Семейная структура г. Саяногорска**

Общее количество семей по городу Саяногорску составляет 8823 семьи, из них однодетные семьи 4553 (51,6%), двухдетные 4062 (46,1%), многодетных семей 208 (2,3%). (рис. 2, табл. 2). В которых проживает соответственно: 4553, 8124 и 662 детей. Средняя детность многодетной семьи составляет 3,2 ребенка, средняя детность всех типов семей составляет 1,5 ребенка на семью, в то время как оптимальным считается 2,2 ребенка.

Рис. 2. − Удельный вес, разного типа детных семей

Таблица 2. − Семейная структура в зависимости от детности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Общее количество семей | 8823 | 100% |
| Однодетные семьи |  4553 | 51,6% |
| Двухдетные семьи |  4062 | 46,1% |
| Многодетные семьи | 208 | 2,3% |

**2.3 Характеристика объектов и методов исследования**

При написании данной дипломной работы мною было исследовано 100 семей города Саяногорска. Объектом наблюдения являлась семья, единицей наблюдения индивид (член семьи).

В работе использовались методы: анкетирования, данные государственной и медицинской статистике.

**Классификация семей**

Одним из моментов, сдерживающих возможности исследователей детальному изучению семей, является отсутствие единой классификации семей, учитывающих различные статусы и стороны жизнедеятельности семей.

В работе нами использовалось классификация типов и видов семьи (Новиков О.М., Капитонов В.Ф., 2000 г.)

Классификация представлена в виде 3-х блоков.

**I блок.**

**Т) Типы семьи**

**1. Отдельная семья**

1.1 полная(оба супруга)

.2 не полная

) внебрачная (мать одиночка)

) в результате развода

) вдовец, вдова

.3 смешанная

) со сводными детьми

) с неродными родителями

) с усыновленными детьми

) с приемными детьми

**2. Состав семейной группы**

2.1 со старшем поколением (полная, неполная, смешанная)

.2 с другой семьей (полная, неполная, смешанная)

) опекунская семья.

**II блок.**

**А) Вид семьи по медико-демографическому статусу**

**1. Детность**

1.1 бездетные семьи;

.2 малодетные (один ребенок)

.3 среднедетные (два ребенка)

.4 многодетные (три и более детей)

**2. Возраст**

2.1 юная (до 20 лет)

.2 молодая (от 20-30 лет)

.3 средняя (от 30-50 лет)

.4 зрелая (от 50-70 лет)

.5 старческая (свыше 70 лет)

.6 разница в возрасте с выше 10 лет

**3. По состоянию здоровья**

3.1 здоровая (редко болеющие члены семьи)

.2 часто болеющие члены семьи

.3 хронические больные

.4 с инвалидами

.5 психические больные

.6 прочие семьи

**4. Степень брачности**

.1 брак зарегистрирован

.2 брак не зарегистрирован

.3 брак повторный

.4 временное сожительство

.5 оседлость(в данном населенном пункте)

) постоянно проживающие (более 10 лет)

) мигранты (до 10 лет)

) вынужденные переселенцы (до 10 лет)

) беженцы

**III блок**

**Б) Виду семьи по социально-генетическому статусу**

**1. Уровень образования (главы семьи)**

1.1 высшее

.2 средне специальное

.3 среднее полное

.4 начальное

.5 без образования

**2. Уровень обеспеченности (прожиточный минимум на одного члена семьи)**

2.1 высокий (выше 10 раз)

.2 выше среднего (5-10 раз)

.3 средний (2-5 раз)

.4 низкий (1-2 раза)

.5 очень низкий (ниже среднего прожиточного)

**3. Степень благополучия (по образу жизни)**

3.1 благополучная

.2 девиантная

) злоупотребляющая алкоголем

) употребляющая наркотики

) асоциального поведения

.3 неблагополучная семья по психологическим отношениям

.4 прочие семьи

**4. Степень занятости в труде**

4.1 работают оба супруга

.2 работает один из супругов

4.3 не работает не один

.4 пенсионеры (инвалиды)

**5. Социальный статус (по главе семьи)**

5.1 служащие

.2 рабочего

.3 колхозника

.4 военнослужащего

.5 студента

.6 прочие

**2.4 Объект исследования**

**.4.1 Структура исследованных типов семей**

Из 100 опрошенных семей 80 (80%) имеют, полны тип семьи, 20 (20%) имеют неполный тип семьи (рис. 3, табл. 3).

Рис. 3. − Тип обследованных семей

Таблица 3. − Типы обследованных семей

|  |  |
| --- | --- |
| Типы семей | Число опрошенных |
| полная | 80 | 80% |
| неполная | 20 | 20% |

**.4.2 Возрастная характеристика семей**

Динамика возраста среди опрошенных семей составляет:

Молодая (20-29 лет) - 11 (11%) относятся к полному типу семьи

Средняя (30-49 лет) - 41 (41%) относятся к полному типу семьи, и 12 (12%) опрошенных семьи к неполному типу семьи.

Зрелая (50 и старше) - 28 (28%) относятся к полному типу семьи, и 8 (8%) опрошенных семей к неполному типу семьи (рис. 4, табл. 4).

Рис. 4. − Удельный вес разных типов семей

Таблица 4. − Удельный вес различных типов семей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| возраст | полная  | неполная |
| Молодая (20-29 лет) | 11% |  |
| Средняя (30-49 лет) | 41% | 12% |
| Зрелая (50 и старше) | 28% | 8% |

**2.4.3 Состав семьи**

Количество членов семьи проживающих совместно:

В полных семьях у 1 (1%) опрошенного совместно проживает один члены семьи, у 29 (29%) опрошенных совместно проживает два члена семьи, у 26 (26%) опрошенных совместно проживает три члена семьи, у 19 (19%) опрошенных совместно проживает четыре члена семьи, у 4 (4%) опрошенных совместно проживает пять членов семьи, у 1 (1%) опрошенного совместно проживает шесть членов семьи.

В неполных семьях у 4 (4%) опрошенных совместно проживает один член семьи, у 9 (9%) опрошенных совместно проживает два члена семьи, у 6 (6%) опрошенных совместно проживает три члена семьи, у 1 (1%) опрошенного совместно проживает четыре члена семьи (рис. 5, табл. 5).

Рис. 5. − Удельный вес семей в зависимости от числа ее членов

Таблица 5. − Число семей в зависимости от числа ее членов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число членов семьи | полная | Неполная |
|  | абсол. | % | абсол. | % |
| один | 1 | 1 | 4 | 4 |
| два | 29 | 29 | 9  | 9 |
| три | 26 | 26 | 6 | 6 |
| четыре | 19 | 19 | 1 | 1 |
| пять | 4 | 4 |  |  |
| шесть | 1 | 1 |  |  |

**.4.4 Численность детей, проживающих в семьях**

По численности детей семья делится:

В полных семьях: 9 (9%) − не имеют детей, 34 (34%) − имеют одного ребенка, 30 (30%) − имеют двоих детей, 7 (7%) − имеют троих и более детей.

В неполных семьях: 3 (3%) − не имеют детей, 7 (7%) − имеют одного ребенка, 8 (8%) − имеют двоих детей, 2 (2%) − имеют троих и более детей (рис. 6, табл. 6).

Рис. 6. − Удельный вес детей проживающих в семьях

Таблица 6. − Численность детей проживающих в семьях

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Количество детей | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Бездетная (0) | 9 | 9 | 3 | 3 |
| Малодетная (1) | 34 | 34 | 7 | 7 |
| Среднедетная (2) | 30 | 30 | 8 | 8 |
| Многодетная(3 и более) | 7 | 7 | 2 | 2 |

**2.4.5 Сравнительная характеристика по уровню образования главы семьи**

Уровень образования главы семьи в *полных семьях*: в 35 (35%) − высший уровень образования главы семьи, в 25 (25%) − средне специальный уровень образования главы семьи, у 20 (20%) − средний уровень образования главы семьи.

Уровень образования главы семьи в *неполных семьях*: в 7 (7%) − высший уровень образования в 2 (2%) − средний уровень образования главы семьи (рис. 7, табл. 7).

Рис. 7. − Удельный вес по уровню образования главы семьи

Таблица 7. − Сравнительная характеристика по уровню образования главы семьи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень образования главы семьи | полная  | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Высшее | 35 | 35 | 7 | 7 |
| Средне специальное | 25 | 25 | 11 | 11 |
| среднее | 20 | 20 | 2 | 2 |

**.4.6 Сравнительная характеристика по степени занятости в труде**

Степень занятости в труде в *полных семьях*: в 54 (54%) − семьях работают оба супруга, в 22 (22%) − семей работает один супруг, в 4 (4%) − семьях имеются пенсионеры.

Степень занятости в труде в *неполных семьях*: в 13 (13%) − семей работает один супруг, в 1 (1%) − семье не работает не один супруг, в 6 (6%) − семьях имеются пенсионеры (рис. 8, табл. 8).

Рис .8. − Удельный вес по степени занятости в труде

Таблица 8. − Сравнительная характеристика по степени занятости в труде

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Занятость в труде | полная  | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Работают оба супруга | 54 | 54 |  |  |
| Работает один супруг | 22 | 22 | 13 | 13 |
| Не работает не один |  |  | 1 | 1 |
| пенсионер | 4 | 4 | 6 | 6 |

**2.4.7 Сравнительная характеристика семьи по уровню обеспеченности**

Уровень обеспеченности в полных семьях: в 43 (43%) − выше прожиточного минимума, в 33 (33%) − соответствует прожиточному минимуму, в 4 (4%) − ниже прожиточного минимума.

Уровень обеспеченности в неполных семьях: в 2 (2%) − выше прожиточного минимума, в 10 (10%) − соответствует прожиточному минимуму, в 8 (8%) − ниже прожиточного минимума (рис. 9, табл. 9).

Рис. 9. − Удельный вес по уровню обеспеченности в семьях

Таблица 9. − Сравнительная характеристика семьи по уровню обеспеченности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень обеспеченности  | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Выше прожиточного минимума | 43 | 43 | 2 | 2 |
| Соответствует прожиточному минимуму | 33 | 33 | 10 | 10 |
| Ниже прожиточного минимума | 4 | 4 | 8 | 8 |

**2.4.8 Сравнительная характеристика семьи по степени занятости членов семьи в труде**

Место работы опрошенных полных семей: 1 (1%) − сельское хозяйство, 52 (52%) государственное учреждение, 13 (13%) частное предпринимательство, 4 (4%) безработные, 10 (10%) прочее место работы.

Место работы опрошенных неполных семей: 6 (6%) государственное учреждение, 5 (5%) частное предпринимательство, 4 (4%) безработные, 5 (5%) прочее место работы (рис. 10, табл. 10).

Рис. 10. − Удельный вес по степени занятости в труде

Таблица 10. − Сравнительная характеристика по степени занятости в труде

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место работы | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Сельское хозяйство | 1 | 1 |  |  |
| Государственное учреждение | 52 | 52 | 6 | 6 |
| Частное предпринимательство | 13 | 13 | 5 | 5 |
| Безработные | 4 | 4 | 4 | 4 |
| прочие | 10 | 10 | 5 | 5 |

График работы полных семей: 49 (49%) работают в одну смену, 22 (22%) посменно, 5 (5%) с большими перерывами, 1 (1%) с разными вредностями.

График работы неполных семей: 8 (8%) семей работают в одну смену, 4 (4%) посменно, 4 (4%)с большими перерывами (рис. 11, табл. 11).

Рис. 11. − Удельный вес семей в зависимости от работы

Таблица 11. − Сравнительная структура семей в зависимости от работы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Работа | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| В одну смену | 49 | 49 | 8 | 8 |
| Посменно | 22 | 22 | 4 | 4 |
| С большим перерывом | 5 | 5 | 4 | 4 |
| С разными вредностями | 1 | 1 |  |  |

**Выводы:** Таким образом, проанкетировав сто семей я выявила что: 80% семей являются полными, а 20% семей не полными, что самое большое число опрошенных семей приходится на возраст от 30-50 лет. Значительная доля семей состоит из 2 человек (29% опрошенных). Большой удельный вес семей это малодетные семьи, которые имеющие одного ребенка (34 опрошенных семьи). Из 100 порошенных семей 35 семей имеет высшей уровень образования главы семьи. По уровню обеспеченности семьи на первом месте доход выше прожиточного минимума − 43. 52 опрошенных семьи работают на государственном учреждении, 49 опрошенных семей по степени занятости в труде работают в одну смену.

**Глава III. Состояние здоровья семей и уровень получаемой ими медицинской помощи**

Оценка состояния здоровья и получаемой медицинской помощи семьям проводится на основании самооценки анкетируемых семей.

**.1 Оценка состояние здоровья**

**.1.1 На вопрос как вы оцениваете состояние своего здоровья**

Респонденты в полных семьях ответили: 26 (26%) хорошо, 48 (48%) удовлетворительно, 6 (6%) неудовлетворительно.

Неполные семьи: 2 (2%) хорошо, 14 (14%) удовлетворительно, 4 (4%) неудовлетворительно (рис. 12, табл. 12).

Рис. 12. − Самооценка состояния своего здоровья

Таблица 12. − Самооценка состояния своего здоровья

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Оценка состояния здоровья | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Хорошо | 26 | 26 | 2 | 2 |
| удовлетворительно | 48 | 48 | 14 | 14 |
| неудовлетворительно | 6 | 6 | 4 | 4 |

**3.1.2 На вопрос как вы оцениваете состояние здоровья членов своей семьи**

Респонденты в полных семьях ответили: 24 (24%) хорошо, 50 (50%) удовлетворительно, 6 (6%) неудовлетворительно.

Неполные семьи: 1 (1%) хорошо, 19 (19%) удовлетворительно (рис. 13, табл. 13).

Рис. 13. − Самооценка состояния здоровья членов вашей семьи

Таблица 13. − Самооценка состояния здоровья членов вашей семьи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Оценка состояния здоровья | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Хорошо | 24 | 24 | 1 | 1 |
| удовлетворительно | 50 | 50 | 19 | 19 |
| неудовлетворительно | 6 | 6 |  |  |

**.2 Оценка оказываемой медицинской услуги**

**.2.1 На вопрос как вы оцениваете оказываемую медицинскую помощь вам и вашей семье**

Респонденты в полных семьях ответили: 10 (10%) хорошо, 56 (56%) удовлетворительно, 8 (8%) неудовлетворительно, 6 (6%) затрудняются ответить.

Неполные семьи: 2 (2%) хорошо, 10 (10%) удовлетворительно, 7 (7%) неудовлетворительно, 1 (1%) затрудняется ответить (рис. 14, табл. 14).

Рис. 14. − Самооценка оказанной медицинской помощи семьям

Таблица 14. − Самооценка оказанной медицинской помощи семьям

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Оценка медицинской помощи | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Хорошо | 10 | 10 | 2 | 2 |
| Удовлетворительно | 56 | 56 | 10 | 10 |
| Неудовлетворительно | 8 | 8 | 7 | 7 |
| Затрудняюсь ответить | 6 | 6 | 1 | 1 |

**.2.2 На вопрос вас устраивает график работы вашего врача**

Респонденты в полных семьях ответили: 48 (48%) устраивает график работы своего лечащего врача, 21 (21%) не устраивает, 11 (11%) затрудняются ответить.

Неполные семьи: 9 (9%) устраивает график работы своего лечащего врача, 9 (9%) не устраивает, 2 (2%) затрудняются ответить (рис. 15, табл. 15).

Рис. 15. − Самооценка графика работы своего лечащего врача

Таблица 15. − Самооценка графика работы своего лечащего врача

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вас устраивает график работы вашего врача | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Да | 48 | 48 | 9 | 9 |
| Нет | 21 | 21 | 9 | 9 |
| Затрудняюсь ответить | 11 | 11 | 2 | 2 |

**.3 Обращения семей за медицинской помощью**

**.3.1 На вопрос к кому вы обращаетесь при заболеваниях ночью, в выходные и праздничные дни**

Респонденты в полных семьях ответили: 5 (5%) при заболеваниях ночью и в выходные дни обращаются к своему лечащему врачу, 52 (52%) вызывают скорую помощь, 23 (23%) занимаются самолечением.

Неполные семьи: 2 (2%) при заболеваниях ночью и в выходные дни обращаются к своему лечащему врачу, 15 (15%) вызывают скорую помощь, 3 (3%) занимаются самолечением (рис. 16, табл. 16).

Рис. 16. − Удельный вес обращение семьи при заболеваниях ночью в выходные и праздничные дни

Таблица 16. − Обращение семьи при заболеваниях ночью в выходные и праздничные дни

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| К своему врачу | 5 | 5 | 2 | 2 |
| Вызываю скорую помощь | 52 | 52 | 15 | 15 |
| К другим врачам |  |  |  |  |
| Занимаюсь самолечением | 23 | 23 | 3 | 3 |

**3.3.2 На вопрос к кому вы обращаетесь при заболеваниях детей**

Респонденты в полных семьях ответили: 10 (10%) при заболеваниях детей обращаются к своему лечащему врачу, 39 (39%) обращаются к педиатру ЦРБ.

Неполные семьи: 1 (1%) при заболеваниях детей обращаются к своему лечащему врачу, 11 (11%) к педиатру ЦРБ (рис. 17, табл. 17).

Рис. 17. − Удельный вес обращение семьи при заболеваниях детей

Таблица 17. − Обращение семьи при заболеваниях детей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| К своему врачу | 10 | 10 | 1 | 1 |
| Педиатру ЦРБ | 39 | 39 | 11 | 11 |

**.3.3 На вопрос к кому вы обращаетесь при заболеваниях взрослых членов семьи**

Респонденты в полных семьях ответили: 13 (13%) обращаются к своему лечащему врачу, 67 (67%) обращаются к районным специалистам.

Неполные семьи: 4 (4%)обращаются к своему лечащему врачу, 16 (16%) обращаются к районным специалистам (рис. 18, табл. 18).

Рис. 18. − Обращение семьи при заболеваниях взрослых членов семьи

Таблица 18. − Обращение семьи при заболеваниях взрослых членов семьи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| К своему врачу | 13 | 13 | 4 | 4 |
| К районным специалистам | 67 | 67 | 16 | 16 |

**3.4 Поводы обращения в течение календарного года в районную больницу**

Анализ показал, что 56(56%) полных опрошенных семей обращаются в течение календарного года в районную больницу по поводу заболевания, 19 (19%) по поводу проведения профилактических прививок, 17 (17%) по поводу сдачи лабораторных анализов, 69 (69%) по поводу проведения медицинских осмотров, 17 (17%) по поводу получения медицинских справок.

В неполных семьях: 14 (14%) по поводу заболевания, 4 (4%) по поводу проведения профилактических прививок, 10 (10%) по поводу сдачи лабораторных анализов, 10 (10%) по поводу проведения медицинских осмотров, 5 (5%) по поводу получения медицинских справок (рис. 19, табл. 19).

Рис. 19. − Поводы обращения в течение календарного года в районную больницу

Таблица 19. − Поводы обращения в течение календарного года в районную больницу

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | полные | неполные |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Заболевания | 56 | 56 | 14 | 14 |
| Профилактические прививки | 19 | 19 | 4 | 4 |
| Сдача лабораторных анализов | 17 | 17 | 10 | 10 |
| Медицинский осмотр | 69 | 69 | 10 | 10 |
| Получение справок | 17 | 17 | 5 | 5 |

**3.5 Мнение респондентов о том, кто должен наблюдать членов их семей**

В 17 (17%) полных семьях считают, что наблюдать их членов семьи должен участковый врач, 57 (57%) считают, что наблюдать их членов семьи должен семейный врач, 6 (6%)затрудняются ответить.

В 6 (6%) неполных семьях считают, что наблюдать их членов семьи должен участковый врач, 10 (10%) считают, что наблюдать их членов семьи должен семейный врач, 4 (4%) затрудняются ответить (рис. 20, табл. 20).

Рис. 20. − Мнение респондентов о том кто должен наблюдать членов их семей

Таблица 20. − Мнение респондентов о том кто должен наблюдать членов их семей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Участковый врач | 17 | 17 | 6 | 6 |
| Участковый врач-педиатр |  |  |  |  |
| Семейный врач | 57 | 57 | 10 | 10 |
| Затрудняюсь ответить | 6 | 6 | 4 | 4 |

**3.6 Что необходимо для улучшения медицинской помощи им и членам их семьи (по мнению респондентов)**

(%) опрошенных полных семей для улучшения медицинской помощи хотят улучшения качества медицинских услуг, 5 (5%) доступности дорогостоящих медицинских средств, 8 (8%)чтобы их обслуживали врачи с более высокой квалификацией, 17 (17%) чтобы их обслуживал семейный врач, 18 (18%) свободного доступа к врачам поликлинике, 1 (1%)повышение заработной платы врачам, 7 (7%) уважение со стороны медицинского персонала, 8 (8%) бесплатного обслуживания, 10 (10%)ничего не хотят для улучшения медицинской помощи.

(1%) опрошенная неполная семья для улучшения медицинской помощи хочет улучшения качества медицинских услуги, 3 (3%) доступности дорогостоящих медицинских средств, 1 (1%) чтобы их обслуживали врачи с более высокой квалификацией, 1 (1%)хочет, чтобы ее обслуживал семейный врач, 3 (3%) свободного доступа к врачам поликлинике, 2 (2%) повышение заработной платы врачам, 1 (1%) уважение со стороны медицинского персонала, 8(8%)ничего не хотят для улучшения медицинской помощи (рис. 21, табл. 21)

Рис. 21. − Что необходимо для улучшения медицинской помощи

Таблица 21. − Что необходимо для улучшения медицинской помощи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | полная | неполная |
|  | абсол | % | абсол | % |
| Улучшения качества услуг | 6 | 6 | 1 | 1 |
| Доступность дорогостоящих лекарственных средств | 5 | 5 | 3 | 3 |
| Более высокая квалификация врачей | 8 | 8 | 1 | 1 |
| Внедрение семейного врача | 17 | 17 | 1 | 1 |
| Свободный доступ к врачам поликлинике | 18 | 18 | 3 | 3 |
| Повышение заработной платы врачам | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Уважение со стороны медицинского персонала | 7 | 7 | 1 | 1 |
| Бесплатное обслуживание | 8 | 8 |  |  |
| Ничего | 10 |  | 8 |  |

**Вывод:** Проведя самооценку состояния здоровья и получаемой медицинской помощи семьям, выяснили, что: самое большее число опрашиваемых семей оценивают состояния своего здоровья удовлетворительно (48 опрашиваемых человек),и состояние здоровья членов семьи оценивают удовлетворительно (50 опрашиваемых семей),

При оценке оказываемой медицинской услуге семье: 56% опрашиваемых семей оценивают оказанную им медицинскую помощь удовлетворительно, 48% опрошенных семьях устраивает график работы врача, при заболевании одного из членов семьи ночью в выходные и праздничные дни 52% вызывают скорую помощь.

При заболевания детей большое процент опрошенных 39% семей обращаются к педиатру ЦРБ(39 опрошенных семей), при заболеваниях взрослых членов семьи обращаются к районным специалистам (67 опрашиваемых семей).

% опрошенных семей обращались в районную больницу в течение календарного года по поводу медицинских осмотров (69 опрошенных семей).

На вопрос «как вы считаете, кто должен наблюдать членов вашей семьи» 57% опрошенных семей ответили семейный врач (57 опрошенных семей).

На вопрос «что бы вы хотели для улучшения медицинской помощи вам и вашей семьи» 18% опрошенных ответили свободный доступ к врачам поликлинике.(18 опрошенных семей).

**Глава IV. Место и роль медицинской сестры с высшим образованием в качестве помощника врача общей практики**

семья врачебный медицинский сестра

**Медицинская сестра общей практики -** специалист, осуществляющий, профилактическую, реабилитационную и неотложную сестринскую помощь всем членам семьи независимо от возраста и пола в пределах своей компетенции.

**1. Общее положение.**

1.1 Медицинская сестра общей практики является дипломированным специалистом в области сестринского дела, и совместно с врачом общей практики (семейным врачом), должна проводить мероприятия по оказанию первой доврачебной медицинской помощи и профилактику заболеваний прикрепленному населению.

.2 На должность медицинской сестры общей практики назначаются лица, окончившие среднее специальное медицинское учебное заведение по специальности «Медицинская сестра общей практики». Медицинская сестра с высшим образованием или медицинские сестры иной специальности, прошедшие подготовку по программе «Медицинская сестра общей практики»

.3 Медицинская сестра общей практики работает в команде с врачом общей практики.

.4 Медицинская сестра общей практики назначается и освобождается от должности в соответствии с действующим законодательством.

**2. Функциональные обязанности медицинской сестры общей практики.**

2.1 Участие:

□ в мероприятиях по охране здоровья прикрепленного населения всех возрастных групп, в соответствии с требованиями квалификационной характеристики;

□ в проведении санитарно-просветительной и коммуникативной работы среди различных возрастных групп населения, с учетом традиций и обычаев региона, по воспитанию навыков здорового образа жизни и предупреждению заболеваний;

.2 Проведение обучения населения (в кругу семьи, школах, полевых) по основным симптомам наиболее распространенных заболеваний и методам оказания само и взаимопомощи;

.3 Выполнение профилактических, иммунопрофилактических, лечебно-диагностических мероприятий, назначаемых врачом общей практики;

.4 Оказание первой доврачебной медицинской помощи больным при травмах, отравлениях, острых состояниях; организация госпитализации больных и пострадавших по экстренным показаниям, в соответствии с назначением врача общей практики;

.5 Динамическое наблюдение за состоянием здоровья прикрепленного населения и каждой семьи в отдельности;

.6 Участие в раннем выявлении беременных и больных с гинекологическими заболеваниями;

.7 Осуществление патронажа женщин фертильного возраста, беременных и родильниц на дому;

.8 Проведение патронажа здоровых детей в возрасте до 3-х лет, в том числе новорожденных на дому;

.9 Осуществление контроля за грудным вскармливанием новорожденных и рациональным питанием ребенка;

2.10 Проведение подворных обходов, в том числе, по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ним лиц и подозрительных на инфекционные заболевания.

.11 Организация учета диспансерных больных, инвалидов, часто и длительно болеющих, контроль за их посещениями врача общей практики по согласованному графику и своевременному приглашению их на прием к врачу.

2.12 Организация амбулаторного приема врача общей практики (семейного врача) подготовка рабочего места, приборов, инструментария, подготовка индивидуальных карт амбулаторного больного, бланков рецептов; проведение предварительного сбора анамнеза и осмотра больного.

.13 Соблюдение санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментария и материалов, мер предупреждения постинфекционных осложнений, сывороточного гепатита, СПИДа, согласно действующим инструкциям и приказам.

.14 Проведение лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с требованиями квалификационной характеристики.

.15 Подготовка санитарного актива участка, проведение занятий по оказанию самопомощи и взаимопомощи при травмах, отравлениях, острых состояниях и несчастных случаях; обучение родственников тяжелобольных методам ухода, оказанию первичной доврачебной помощи.

.16 Своевременное ведение утвержденных учетно-отчетных, статистических медицинских документов.

.17 Учет расходов медикаментов, перевязочных материалов, инструментов, бланков специального учета.

.18 Проведение работ по обеспечению сохранности и исправности медицинской аппаратуры и оборудования, осуществлению своевременного ремонта.

.19 Повышение своих знаний в учреждениях повышения квалификации работников со средним специальным медицинским образованием.

**3. Права медицинской сестры общей практики**

3.1 Вносить предложения врачу общей практики по вопросам организации труда, обеспечения необходимыми медикаментами, инструментами, перевязочными материалами, а также по вопросам улучшения лечебно-профилактической помощи населению в пределах своей компетенции.

.2 Принимать участие в совещаниях (собраниях) по вопросам лечебно-профилактической и организационной работы на прикрепленном участке.

.3 Периодически в установленном порядке проходить аттестацию на присвоение квалификационной категории.

**4. Ответственность медицинской сестры общей практики**

Медицинская сестра общей практики несет ответственность за недобросовестное выполнение функциональных обязанностей, неоказание медицинской помощи больным в состояниях, угрожающих жизни, за действия или бездействие, повлекшие за собой ущерб здоровью или смерть пациента, в порядке установленном законодательством.



**Квалификационные основы деятельности семейной медицинской сестры**



**1. Профессионально - этические**

Основой практической деятельности медицинской сестры общей практики является установление связи между врачом общей практики и пациентами. Одной из профессиональных ценностей медицинской сестры общей практики является умение слушать и навыки общения.

***Медсестра должна:***

. Проявлять заботливость, сострадание, уважение к правам пациента, человеческому достоинству, социальной справедливости;

. Знать политику и стратегию в области здравоохранения, основы законодательства и директивные документы о развитии здравоохранения, нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность медицинских работников;

. Нести моральную и юридическую ответственность за свои действия;

. Знать международные стандарты в вопросах охраны здоровья;

. Оказывать помощь, соблюдая чуткость к индивидуальным потребностям пациента;

. Планировать уход вместе с пациентом или членами его семьи;

. Уважать права пациента и его семьи, привлекать их при принятии решения относительно организации медицинской помощи;

. Предоставлять пациенту информацию о его здоровье;

. Оценивать и использовать информационные данные из доступных источников;

. Не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну;

. Четко и аккуратно вести соответствующую документацию;

. Уметь признавать и исправлять свои ошибки;

**2. Сестринский процесс**

Сестринский процесс носит систематический характер и представляет собой мероприятия, включающие в себя сбор данных, анализ, планирование, и оценку результатов.

***Медсестра должна:***

. Знать основы сестринского дела;

. Использовать навыки сестринской оценки при формировании сестринского диагноза для определения потребностей пациента в лечении и уходе;

. Давать собственную оценку при решении проблем сестринского ухода, принимать самостоятельные решения;

. Оценивать результаты сестринского ухода путем сбора данных и изучения непоследовательностей, позволяющих пересмотреть цели и действия.

**3. Охрана здоровья населения, укрепления здоровья и основы здорового образа жизни**

***Медсестра должна знать:***

. Факторы риска, угрожающие здоровью, и методы предотвращения или уменьшения этих факторов риска: основы экологии, ее влияние на здоровье, социальные, экономические, национальные факторы, культуру, обычаи и традиции;

. Состояния здоровья человека, изменяющиеся в различные периоды жизни;

. Методы профилактики заболеваний

***Медсестра должна уметь:***

. Организовывать мероприятия по укреплению здоровья прикрепленного населения, снижению риска и профилактике заболеваний;

. Оценивать факторы, оказывающие отрицательное влияние на здоровье пациентов и семьи в течение всего периода жизни;

. Оценивать эффективность мероприятий по укреплению здоровья и методов санитарного просвещения среди различных групп населения;

. Помогать пациентам в получении достоверной информацию об их здоровье;

. Способствовать широкому внедрению различных партнерских программ среди прикрепленного населения в целях укрепления здоровья, ведения здорового образа жизни, планирования семьи.

**4. Клинические навыки.**

***Медсестра должна знать:***

. Основы анатомии и физиологии человека в различных возрастных периодах: физиологические, патологические процессы, происходящие во время беременности, родов и послеродового периода;

. Сведения об основных патологических процессах, протекающих в организме, причины и основные симптомы, первичную диагностику различных заболеваний человека;

. Закономерности физического, нервно-психического развития ребенка и основы закаливания детей; принципы грудного вскармливания и рационального питания детей раннего возраста;

. Принципы рационального ухода, организации режима дня и воспитания детей раннего возраста;

. Вопросы гериатрии и геронтологии;

. Действие лекарственных препаратов на организм, показания и противопоказания к их назначению, способы введения, правила учета и их хранения, иметь представление о закономерности фармакодинамики, фармакокинетики лекарственных средств;

. Принципы иммунопрофилактики;

. Диагностику, тактику, оказание помощи при неотложных состояниях, травмах, острых отравлений, ожогах и обморожениях;

. Вопросы медицины катастроф и реанимации;

. Принципы диспансерного обслуживания детского и взрослого населения;

11. Принципы санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в амбулаторно-поликлинических учреждениях и домашних условиях.

***Медсестра должна уметь:***

***.*** Осуществлять наблюдение и оказывать квалифицированную помощь

беременной женщине, роженице, родильнице в пределах своей компетенции:

. Выделять группы риска среди беременных; проводить профилактику материнской и младенческой смертности;

. Предупреждать отягчающие факторы и осложнения в период беременности, родов в послеродовой период;

. Владеть методами обследования беременных женщин;

. Владеть навыками выписывания рецептов на различные лекарственные формы по указанию врача, проводить контроль эффективности терапии в динамике;

. Планировать и проводить прививочную работу под контролем ВОП;

. Оценить степень выраженности симптомов и синдромов неотложных состояний;

. Владеть методами оказания первой неотложной медицинской помощи при: шоке, обмороке, коллапсе, коме, острой дыхательной и сердечной недостаточности, кровотечениях, почечной колике, отеке мозга, судорожном статусе, поражениях электротоком, переломах, вывихах, ушибах и растяжениях;

. Оценивать опасность ситуаций, вредные факторы среды обитания, способы защиты от них, организовывать работу по оказанию первой медицинской помощи в очагах катастроф, владеть приемами медицинской помощи раненым и пораженным, поддержки состояния здоровья населения при экстремальных условиях и предупреждения возникновения инфекционных заболеваний в очагах катастроф, проводить сортировку по тяжести состояния пострадавших при авариях и катастрофах;

. Проводить реанимационные мероприятия, устранять причины, угрожающие жизни пациентов.

***Медсестра должна владеть следующими практическими навыками:***

. Антропометрией;

. Динамометрией;

. Измерением температуры тела;

. Построением графика температурной кривой;

. Измерением пульса;

. Измерением артериального давления;

. Определением числа дыхательных движений;

. Определением внешних функций дыхания (пикфлуометрия);

. Подачей кислорода;

. Определением суточного диуреза;

. Постановкой согревающего компресса;

. Применением грелки и пузыря со льдом;

. Приготовлением лечебной ванны;

. Подачей судна и мочеприемника;

. Санитарной обработкой больного;

. Транспортировкой и перекладыванием пациентов;

. Пользованием функциональной кроватью;

. Приготовлением постели;

. Сменой нательного и постельного белья;

. Гигиеническими мероприятиями по уходу за больным;

. Профилактикой пролежней;

. Кормлением больного в постели;

. Введением питательной смеси через зонд;

. Питанием больного через гастростому;

. Постановкой газоотводной трубки;

26. Постановкой всех видов клизмы;

27. Катетеризацией мочевого пузыря мягким катетером;

. Пеленанием ребенка;

. Правилами кормления грудью;

. Перевязкой пуповины новорожденному;

. Уходом за пуповиной;

. Первым туалетом новорожденного;

. Искусственным вскармливанием;

. Закаливанием детей;

. Приготовлением дезинфицирующих растворов;

. Организацией гигиенической уборки помещений;

. Дезинфекцией предметов уходов за больным;

. Предстерилизационной очисткой шприцов, игл, инструментов;

. Укладкой в биксы перевязочного материала, одежды, белья, хирургического инструментария;

. Пользованием стерильных биксов;

. Обеззараживанием рук;

. Облачением в стерильную одежду и одеванием хирурга;

. Накрытием стерильного стола;

. Ведением документации по учету лекарственных средств;

. Применением мази, пластыря, присыпки;

. Закапыванием капель в нос, уши, глаза, закладывание мази за веки;

. Пользованием ингалятором;

. Использованием дозы инсулина;

. Введением инъекций (все виды);

. Сбором системы для капельного вливания;

. Снятием ЭКГ;

. Взятием мазка из зева;

. Взятием мазка по Папаниколау;

. Сбором мокроты;

. Приготовлением мазка крови;

. Анализом крови на гемоглобин, СОЭ, лейкоциты;

. Определением активности аланинаминотранферазы в крови;

. Определением уровня глюкозы в крови;

. Определением мочевины в крови;

. Определением билирубина;

. Определением глюкозы, ацетона в моче;

. Микроскопией мочевых осадков;

. Анализом мочи по Зимницкому;

. Исследованием кала на я/глист (копрология);

. Подготовкой больного к лучевым исследованиям;

. Подготовкой больного к эндоскопии;

. Подготовкой больного к УЗИ;

. Подготовкой к проведению амбулаторных хирургических операций;

. Наложением всех видов повязок;

. Иммобилизацией;

. Остановкой наружного кровотечения;

. Взятием посева из раны;

. Проведением искусственного дыхания и непрямого массажа сердца;

. Измерением остроты зрения;

. Удалением серных пробок;

76. Проведением отоскопии.

**Вывод**

1.Общая численность населения города Саяногорска составляет 643000 человека, из них численность детей составляет 13339 человек (20,7%). Численность взрослого населения составляет 50961 человек (79,3%), в том числе пенсионеры по возрасту составляют 15740 человек (30,9%). Демографическая структура города Саяногорска носит регрессивный тип.

Общее количество семей по городу Саяногорску составляет 8823 семьи, из них однодетные семьи 4553 (51,6%), двухдетные 4062 (46,1%), многодетных семей 208 (2,3%). В которых проживает соответственно: 4553, 8124 и 662 детей. Средняя детность многодетной семьи составляет 3,2 ребенка, средняя детность всех типов семей составляет 1,5 ребенка на семью, в то время как оптимальным считается 2,2 ребенка.

. Проанкетировав сто семей я выявила, что: 80% семей являются полными, а 20% семей не полными, что самое большое число опрошенных семей приходится на возраст от 30-50 лет. Значительная доля семей состоит из 2 человек (29% опрошенных). Большой удельный вес семей это малодетные семьи которые имеющие одного ребенка (34 опрошенных семьи).

Из 100 порошенных семей 35 семей имеет высшей уровень образования главы семьи. По уровню обеспеченности семьи на первом месте доход выше прожиточного минимума − 43.

опрошенных семьи работают на государственном учреждении, 49 опрошенных семей по степени занятости в труде работают в одну смену.

. Проведя самооценку состояния здоровья и получаемой медицинской помощи семьям, выяснили, что: самое большее число опрашиваемых семей оценивают состояния своего здоровья удовлетворительно (48 опрашиваемых человек), состояние здоровья членов семьи оценивают удовлетворительно 50 опрашиваемых семей.

При оценке оказываемой медицинской услуге семье: 56% опрашиваемых семей оценивают оказанную им медицинскую помощь удовлетворительно, 48% опрошенных семьях устраивает график работы врача, при заболевании одного из членов семьи ночью в выходные и праздничные дни 52% вызывают скорую помощь.

При заболевания детей большое процент опрошенных семей 39% обращаются к педиатру ЦРБ(39 опрошенных семей), при заболеваниях взрослых членов семьи 67% обращаются к районным специалистам (67 опрашиваемых семей). 69% опрошенных семей обращались в районную больницу в течение календарного года по поводу медицинских осмотров (69 опрошенных семей).

. На вопрос «как вы считаете, кто должен наблюдать членов вашей семьи» самый большой процент опрошенных семей 57% ответили семейный врач (57 опрошенных семей).

На вопрос «что бы вы хотели для улучшения медицинской помощи вам и вашей семьи» самый большой процент опрошенных 18% ответили свободный доступ к врачам поликлинике.(18 опрошенных семей).

. При написании дипломной работы были разработаны основные положения в работе медицинской сестры врача общей практики.

Положение состоит из:

I. Общие положение

II. Функциональные обязанности медицинской сестры общей практики.

III. Права медицинской сестры общей практики.

IV. Ответственность медицинской сестры общей практики.

**Список литературы**

1. Артюхов И.П. Особенности заболевания детей в семьях мигрантов. / И.П. Артюхов. // Сборник научных трудов посвященных тринадцатилетию факультета усовершенствования врачей КГМА. - Красноярск, 1996. - С. 59.

. Баранов А.А. Здоровье детей России и Организационные приоритеты. / А.А. Баранов. // Вестник АМН. − 1999. − №. − С. 40-42.

. Бабенко А.И. Демографическая ситуация в регионах Сибири / А.И. Бабенко. // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. − 1997. − №46. − С. 7-10.

. Вассер С.К. Эволюционный подход к связи стресса и недостаточности репродуктивной функции, в том числе преждевременные роды. / С.К. Вассер. // Международный медицинский журнал. - 2000. − №2. − С. 168-171.

. Витакер К. Брак и семья. / К. Витакер. // Семейная психология и семейная медицина. - 1998. − №3. − С. 5-29.

. Витакер К. Полные размышления семейного терапевта. / Пер. с англ. М.И. Завалова. - М.: Класс, 1999. − 208 с.

. Воронцов И.М. Диетология развития - важнейший компонент профилактической педиатрии и валеологии детства. / И.М. Воронцов. // Педиатрия. - 1997. − №3. − С. 57-61.

. Vienonen M.A., Wlodarczyk W.C. Health care reforms on the European scene: evolution, revolution or seesaw? World Health Statistics Quarterly. - 1993. - Р. 166-169.

. Гаджиев Р.С. Врачи общей практике (семейный врач). / Р.С. Гаджиев. - М.: Медицина, 2005. - С. 527.

10. Галкин В.А. Семейная медицина теория и практика. / В.А. Галкин, Г.Г. Кривошеев, Б.А. Камаканов. // НПО Союзмединформ Медицина Здравоохранения: Обзор, серия. - М., 1991. − С. 61, 75-80.

. Галина Т. О ходе выполнения отраслевой программу «Общая врачебная практика». / Т. Галина. // Вопросы экономике и управления для руководителей З.О. − 2002. − №2. − С. 65-67.

. Голод С.И. Семья и брак: историко-социологический анализ. / С.И. Голод. - СПб.: Петрополис, 1998. − С. 272.

. Гринина О.В. Социально-гигиенические условия создания и рождения первого ребенка. / О.В. Гринина, Д.И. Кича, Т.В. Важинова. // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1998. − №2. − С. 19-21.

. Гринина О.В. Студенческая семья как социальный приоритет в современном обществе. / О.В. Гринина, Е.И. Русакова // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. −1997. − №1. − С. 10-14.

. Гронбах С.М. Социально-гигиенические аспекты оценки состояния здоровья детей и подростков. / С.М. Гринбах. // Вести АМН СССР. - 1984. − №4.

. Гурко Т.А. Особенности личности подростков в разных типах семьи. / Т.А. Гурко. // Социальные исследования. - 1996. − №3. − С. 84-85.

. Groenewegen P.P. The shadow of the future: institutional change in health care. Health Affairs. −1994. - Р. 137-148.

. Дощицин Ю.П. Медико-демографические особенности формирования детского населения восточных регионов Российской Федерации. / Ю.П. Дощицин, Н.И. Лапин, Д.М. Эсаулов. // Здравоохранения Российской Федерации. - 1998. − №4. − С. 41-43.

. Двойников С.И. Медицинская сестра общей практике: проблемы и перспективы. / С.И. Двойников, В.И. Кузнецов. // Медицинская сестра. − 2002. − №5. − С. 39-41.

. Елизаров В.В. Демографическая ситуация и проблемы семейной политике. / В.В. Елизаров // Безопасность. - 1998. − №3. − С. 42-43.

. Зелинская Д.Н. Организация поддержки грудного вскармливания В России / Д.И. Зелинская, К.С. Ладодо // Российский педиатрический журнал. - 2000. − №2. − С. 44-47.

. Зелинская Д.Н.Система учета и анализа детской инвалидности. / Д.И. Зелинская, Б.А. Норбинский. // Российский медицинский журнал. - 2000. − №1. − С. 7-9.

. Иванов В.И. Гигиенические аспекты регуляции развития ребенка / В.И. Иванов // Вестник России АМН. - 1999. − №11. − С. 22-25.

. Измеров Н.Ф. Проблемы медицины труда на современном этапе / Н.Ф. Измеров. // Профилактика заболевания и укрепления здоровья. - 1998. − №4. − С. 3-6.

. Кича Д.И. Анализ программы медико-социальной оценки семьи как единицы здоровья и пациента служб первичной помощи. / Д.И. Кича, О.В. Гринина // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 1996. − №6. − С. 20-23.

. Коновалов О.Е. Социально-гигиенические и медико-биологические факторы риска невынашивания беременности бесплодия. / О.Е. Коновалов // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 1999. − №1. − С. 19-22.

. Лисицин Ю.П. Определение понятия «болезни», «здоровья» // Ю.П. Лисицин, Н.В. Полунина, К.А. Отдельнова // Социальная гигиена (медицина) и организация Здравоохранения: Учебное руководство / Под ред. Ю.П. Лисицина. - М., 1999. − С. 30-52.

. Логвинова И.И. Факторы риска рождения маловесных детей, структура заболеваемости, смертности. / И.И. Логвинова, А.С. Емельянова // Российский педиатрический журнал. - 2000. − №3. − С. 50-52.

. Максимова Т.М. Состояние здоровья и условия жизни женщины в современной России / Т.М. Максимова, Е.П. Каморина // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 1994. − №3. − с. 10-16.

. Мокеева М.М. Комплексное влияние факторов школьной среды на здоровья детей. / М.М. Мокеева, Н.П. Сетко // Гигиена и санитария. - 1999. − №1. − С. 29-31.

. Millard F. Developments in Polish Health Care. In: Ringen, S. Wallace, C. (eds). Societies intransition: East-Central Europe Today. Aldershot, Avebury, 1994.

. McKee M. et al. Health Sector Reform in the Czech Republic, Hungary and Romania. Croatian Med., 1994. - Р. 238-244.

. Marre, J. and Groenewegen, P.P. Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition. - Aldershot: Avebury, 1997.

34. Розенфельд Л.Г. Распространенность вредных привычек и роль врача общей практике в их преодолении / Л.Г. Розенфильд, И.С. Тарасов // Профилактика заболеваний и укрепления здоровья - 1999 №3. с. 10-12.

35. Platt, M. J. Child hean statistics review, 1998/ M.J. Platt// Arch. Dis. Child.1998-V 79-p - 523-527.

. Саркисова В.А. Семейная медицина вклад в будущее / В.А. Саркисова // Сестринское дело - 2004. №6 С. 10-15.

. Ушакова Г.А. Демографическая катастрофа в Кузбассе и концепция сохранения репродуктивного потенциала женского населения / Г.А. Ушакова, С.И. Елгина // Здравоохранение Сибири: Вестник Международной Ассоциации - 1999 №3 с. 17-19.

38. Furunes B. Subjectively experienced symptoms in relations socioeconomic factor in women/ B. Furunes, C. Bengtsson, L. Lapidys// Eur. J. Epidemiol - 1996 - V 12, №6-p - 617-624.

. Fabian, C. Family medicine/ general practice in Sweden. In: Kennedy, T.E. European Unionof General Practitioners Reference Book 1995/96. - London: Kensington Publications, 1995.

40. Черниченко Е.И. Сестринская помощь в общеврачебной практике / Е.И. Черниченко// Медицинская сестра - 2002. №1. с. 12-13.

. Щепин О.П. О современных проблемах и развитие З.О. России /О.П. Щепон// БЮЛЛ НИИ Социальной гигиены и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко - М., 1994. - Вып. 4. - с. 15-29.

. Юрьев В.К. Методология оценки и состояние репродуктивного потенциала девочек и девушек / В.К. Юрьев // Проблемы социальной гигиены и истории медицины - 2000 - №4 - с. 3-5.

. Ярославцев А.С. Тенденции репродуктивного здоровья женщин и здоровья новорожденных детей промышленного города / А.С. Ярославцев // Проблемы социальной гигиены и истории медицины - 1998 - №5 - с. 6-9.

**Приложение**

**Анкета (жителей врачебного участка)**

**. Возраст**

**. Пол:** (подчеркните) а) муж, б) жен.

**3. Семейное положение:** (подчеркните) а) холост(ая), б) женат(замужем)

**4. Степень брачности:** (подчеркните) а) брак зарегистрирован, б) брак не зарегистрирован, в) брак повторный.

**5. Тип семьи:** (подчеркните) а) полная (оба супруга), б) неполная (разведенные, вдовствующие, мать одиночка)

**6. Число членов семьи:** (подчеркните) а)2, б)3, в)4, г)5, д)6, е)7, ж)8, з)9, и) 10 и более.

**7. Количество детей в семье:** (подчеркните) а) один, б) два, в) три и более.

**8. Другие члены семьи проживающие совместно:** (подчеркните) а) дедушка б)бабушка, в)другие.

**9. Уровень образования главы семьи:** (подчеркните) а) высшее, б) средне-специальное, в) среднее, г) неполное среднее, д) начальное, е) без образования.

**10. Степень занятости в труде:** (подчеркните) а) работают оба супруга, б)работает один из супругов, в)не работает не один из супругов, г)пенсионер

**11. Если в вашей семье инвалиды?** (подчеркните) 1) Да а)ребенок -инвалид, б)по общему заболеванию, в)вследствие профессиональных болезней и производственных травм; 2) нет

**. Какую группу инвалидности имеют?** (подчеркните) а) первую, б)вторую, г) третью.

**13. Уровень обеспеченности (прожиточный минимум на одного члена семьи):** (подчеркните) а) выше прожиточного минимума, б)соответствует прожиточному минимуму, в) ниже прожиточного минимума.

**. Место работы:** (подчеркните) а)сельское хозяйство, б)государственное учреждение, в)частное предпринимательство, г) прочие.

**15. Работа:** (подчеркните) а)в одну смену, б)посменно, в)с большими перерывами, г)с разными вредностями.

**16. Условия вашего быта:** (подчеркните) а)хорошие, б)удовлетворительные, в)неудовлетворительные.

**17. Как вы оцениваете состояния своего здоровья?** (подчеркните) а)хорошее, б) удовлетворительно, в)неудовлетворительно.

**18. Как вы оцениваете состояние здоровья членов вашей семьи?** (подчеркните) а) хорошее, б)удовлетворительно, в) неудовлетворительно.

**19. Как часто в течение календарного года члены вашей семьи обращаются к врачу по общему заболеванию?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Члены семьи** | **Острое заболевание** | **Хроническое заболевание** |
| Мать |  |  |
| Отец |  |  |
| **Дети:** |  |  |
| 1 ребенок |  |  |
| 2 ребенок |  |  |
| 3 ребенок |  |  |
| Последующие дети |  |  |
| Дедушка |  |  |
| Бабушка |  |  |
| Прочие члены семьи |  |  |

**20. Сколько членов вашей семьи имеют хронические заболевания?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Члены семьи | Не имеют | **Число хронических заболеваний** |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Мать |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отец |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дети:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 ребенок |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 ребенок |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 ребенок |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Последующие дети |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дедушка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Бабушка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Прочие члены семьи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**21. Как вы оцениваете оказываемую медицинскую помощь вашей семье?** (подчеркните) а)хорошо, б)удовлетворительно, в)неудовлетворительно, г)затрудняюсь ответить.

**22. Вас устраивает график работы вашего врача?** (подчеркните) а)Да, б)нет, в)затрудняюсь ответить.

**23. К кому вы обращаетесь при заболевании ночью, в выходные и праздничные дни?** (подчеркните) а)к своему врачу, б)вызываю скорую помощь, в)к другим врачам, г)затрудняюсь ответить.

**24. При заболевание детей вы обращаетесь:** к своему врачу или к педиатру ЦРБ? (почему?)

**25. При заболевание взрослых членов семьи вы обращаетесь:** к своему врачу или к районным специалистам. (подчеркните), (почему? И к каким именно?)

**26. Поводы обращения в течение календарного года в районную больницу?** (подчеркните) а)заболевания, б)профилактические прививки, в)сдача лабораторных анализов, г)медицинский осмотр, д)получение справок.

**27. Доступна ли вам при необходимости стационарная помощь?** (подчеркните) а)Да, б)нет.

**28. Есть ли в вашей семье лица, пользующиеся социальными льготами?** (подчеркните) а) Да (федеральные, региональные), б)нет.

**29. Напишите, где вы и члены вашей семьи выписывают льготные рецепты?**

**. Где вы получаете льготные лекарства?** (подчеркните) а)в своем населенном пункте, б)в районном центре.

**31. Удовлетворены ли вы льготным обеспечением лекарствами?** (подчеркните) а)Да, б)нет.

**32. Вы хотите заменить льготное обеспечение лекарствами на денежную компенсацию?** (подчеркните) а)Да, б)нет

**33. Какой психологический климат в вашей семье?** (подчеркните) а)благоприятный, б)неблагоприятный.

**34. Как вы считаете кто должен наблюдать членов вашей семьи ?** (подчеркните)

а)участковый врач для взрослого населения;

б)участковый врач - педиатр для детского населения;

в)семейный врач обслуживающий детское и взрослое население;

г)затрудняюсь ответить.

**35. Что бы вы хотели для улучшения медицинской помощи вам и вашей семьи?**