



Основы Здорового Образа Жизни Среди Населения- Главная Критерия Качество Жизни

1. Мусаева Олтиной Туйчиевна
2. Халилова Барчиной Расуловна

Received 2nd Aug 2022,
Accepted 3rd Sep 2022,
Online 4th Oct 2022

¹ Самаркандский Государственный
Медицинский Университет

² Ферганский Медицинский
институт Общественного здоровья

Аннотация: Продолжительность жизни населения является одним из основных индикаторов социально-экономического развития страны, в том числе и её отдельных регионов. Исследования ученых всего мира показали, что человек живет меньше отведенного ему срока. Одной из причин этого является нещадный износ организма, неправильное и нерациональное его использование.

Ключевые слова: Здоровый образ жизни, формирование здорового образа жизни, ожидаемая (при рождении) продолжительность жизни, ожидаемая продолжительность здоровой жизни, курения, алкоголизм, ожирения.

Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций, для активного участия в трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой формах жизнедеятельности. Здоровый образ жизни предстает как специфическая форма целесообразной активности человека — деятельность, направленная на сохранение, укрепление и улучшение его здоровья.

В современном обществе всё больше и больше возрастает тенденция вести здоровый образ жизни. Образ жизни, который способствует общественному и индивидуальному здоровью, является основой профилактики, а его формирование — важнейшей задачей социальной политики государства в деле охраны и укрепления здоровья народа. Таким образом, формирование ЗОЖ является важнейшей задачей государства, так как образ жизни является определяющим фактором здоровья. Формирование ЗОЖ является также задачей органов здравоохранения, социальной защиты и образования [5]. Уровень здоровья населения в настоящее время принято измерять ожидаемой (при рождении) продолжительностью жизни (ОПЖ). Согласно данным, опубликованным ВОЗ, в декабре 2020, ОПЖ в Японии, Швейцарии, Республики Кореи, Сингапуре, Кипре, Италии и Австралии составляет 83–84,3 лет (2019), а ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) составляет 71–74,1 лет. В то время как в Российской Федерации (РФ), Казахстане и Киргизии он равен в среднем 73,2–74,2 лет, а ОПЗЖ равен к 64,2–65,8. К 2019 году в РФ и Казахстане показатель средней продолжительности жизни составляет в среднем 73,3–73,2 лет, а в Киргизии 71,7 лет. В некоторых странах как, Ангола 63,1 лет Афганистан 63,2 лет, Нигерия 62,6 лет (2019) и Сомали 56,5 лет ожидаемая продолжительность жизни ниже среднемировой статистической

(68,35), а ОПЗЖ Анголи 54,8лет, Афганистана 53,9 лет, Нигерии 54,4 лет и Сомали 49,7 лет и это обуславливается низким уровнем образа жизни и здравоохранения [4,8,14]. В среднем население Узбекистана имеет относительно высокую продолжительность жизни по сравнению с многими странами СНГ. В 1990 году продолжительность жизни составлял в среднем 69,7 лет (мужчины 66,1, женщины 72,4), а в 2004 году 72,5 (мужчины 70,0, женщины 74,7). К 2014 году этот показатель составил 73.1 лет (мужчины 70,7, женщины 75,5) [7,12]. Согласно данным ВОЗ, опубликованным в 2020 году, ожидаемая продолжительность жизни в Узбекистане составляет : мужчины 70,8, женщины 75,2, а общая продолжительность жизни - 73,0, что дает Узбекистану рейтинг 100 в мировой жизни. А ОПЗЖ в Узбекистане 64,7лет. Как нам известно, возможность роста продолжительности жизни кроются в снижении показателей общей заболеваемости и детской смертности. При анализе статистических данных РФ в 2013 году зарегистрировано 231,1 миллиона случаев заболеваний, в том числе 114,7 миллиона случаев с диагнозом, установленным впервые в жизни. Это несколько больше, чем в предшествующем году: число всех случаев зарегистрированных заболеваний возросло на 0,6 % (229,7 миллиона в 2012 году), а число случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом — на 0,9 % (113,7 миллиона случаев). В то же время, это существенно больше, чем было зарегистрировано в 1990 году (на 46 % по общему числу зарегистрированных случаев заболеваний и на 19 % по числу заболеваний с впервые установленным диагнозом) или в 2000 году (на 21 % и 8 %, соответственно) [15]. В Узбекистане в 1995 году общая заболеваемость населения впервые установленным диагнозом составляло 49365,5 случаев на 100 тыс. человек, а 2004 году этот уровень снизился до 47583,6. На 2013 год общая заболеваемость возросла на 80826,7 случай.[1] Но это обуславливается повышением относительного показателя посещаемости населения амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) (в 2005 году 228,1 млн, а в 2013 году 271 млн посещений), который в прямую влияет на своевременное выявление заболеваний. Следует отметить, что, младенческая смертность в республике выражено снизилась в 3,5 раза, 1990 году он составлял 34,6 на 1000 родившихся, к 2013 году он снизился на 9,8 случаев [5,12]. К 2021 году младенческая смертность снизилась на 9,2 на 1000 родившихся. Самые высокие показатели в Хорезмской и Андижанской областей 12,5 - 12,6, а низкий показатель в Ферганской области 5,9 и Самаркандской области 6,5 [3]. Среди многих факторов среды обитания, социально-гигиенического, трудового характера и т. д., особое место занимает так называемый «поведенческий фактор» в 50 % случаев определяющий заболеваемость и смертность от болезней, обусловленных вредными привычками — курением, употреблением алкоголя, слишком жирной и калорийной пищи [9]. По данным ВОЗ, от курения ежегодно в мире умирают 6,8 млн. человек [5,13]. В РФ табакокурение приводит к преждевременной гибели каждого четвертого жителя, а курильщики со стажем живут на 20 лет меньше. Данные ВОЗ показывают, что в других странах как в Беларуси, Кыргызстане и в Грузии более 50 % населения курят. А также среди курильщиков мужское население занимает большой уровень чем женское население. Но важно отметить, что на сегодняшний день и женщины намного больше курят, чем их предки. В Швеции, Великобритании и Австрии женщины курят на равне с мужчинами [1,16] Среди вредных привычек не менее большую роль играет злоупотребление алкоголя. Ежегодно потребление алкоголя увеличивается во многих странах мира, особенно в европейских. Это связано с большим разнообразием выпускаемых спиртных напитков и их доступностью в продаже. С каждым годом количество пьющих несовершеннолетних также увеличивается. Именно Европа занимает первенство по росту алкоголизма. Многие европейские страны всякими способами пытаются бороться с этой пагубной привычкой.

Алкоголизм входит в тройку глобальных проблем человечества в охране здравоохранения. [16]. Именно чрезмерное употребление алкоголя приводит более чем к 200 различным видам заболеваний, а также может стать причиной смерти человека. По данным ВОЗ

(Всемирной организации здравоохранения) в 2012 году более 3 млн. человек умерли от чрезмерного увлечения алкогольными напитками. Несмотря на то что постоянно распространяется информация о вреде спиртного, зависимости от него и риске развития серьезных заболеваний, в том числе рака печени, уровень алкоголизма не снижается. Среди европейских стран по количеству летальных исходов от алкоголя лидируют Венгрия и Румыния. В Центральной Америке (Сальвадоре, Никарагуа и Гватемале) самая высокая смертность. Вообще, во всей Америке за год умирает около 80 тыс. человек. В основном в Америке, как и в Канаде пьют пиво, а в Аргентине предпочитают употреблять вино. Важно то, что самая большая доля смертей приходится на те страны, где злоупотребляют крепкими алкогольными напитками. В России ежегодно умирают 500 тыс. человек. Если рассматривать смертность по половому признаку, то в 80% случаев от алкоголя умирают мужчины. Если рассматривать уровень смертности по возрастным группам, то пик в основном приходится на 40-60 лет. Так, в Бразилии, Венесуэле и Эквадоре умирать начинают от злоупотребления спиртными напитками в возрасте от 40 до 50 лет, в то время, как в США, Канаде, Аргентине и Парагвае смертность в основном наступает с 50 лет. Процент смертей после 70 лет резко снижается.

В 2014 году было проведено исследование алкогольной зависимости, по результатам которого был составлен список из 188 стран. Главным критерием составления списка стал уровень спирта (в литрах) на душу населения (учитывалось коренное население старше 15 лет). Первое место в списке возглавляет Молдова. Спиртное здесь употребляют в количестве 18,2 литра на человека. В этой стране пьют очень много. Чехия находится на втором месте и входит в топ 3 рейтинга. Потребление алкоголя составляет 16,4 литров на человека. В следующих странах как в РФ, Великобритании и Чехии показатель возрастает на протяжении 10 лет (РФ на 7,2–9,5, Великобритании 9,3–11 и Чехии 11–12) [4, 18].

Также менее 0,5 л на душу населения приходится на такие страны, как ОАЭ, Пакистан, Египет, Нигер, Ирак, Кувейт, Ливия, Мавритания и Бангладеш. Прежде всего, такая статистика связана с культурными и религиозными особенностями этих стран. Если рассматривать карту мира, то можно понять, что практически все население этих стран является мусульманами, а ведь ислам запрещает алкоголь в больших дозах.

Потребление алкоголя, по данным ВОЗ, составляет 15,7 литра на душу населения. Поэтому Россия находится на четвертом месте. При составлении рейтинга учитывалось только население в возрасте старше 15 лет. Преимущественное употребление алкоголя мужчинами вносит определённый вклад в различия между смертностью мужчин и женщин и соответственно продолжительности жизни мужской части популяции (72 % злоупотребляющих алкоголем умирают в РФ в возрасте до 50 лет) [6].

Официальная статистика ожирения в мире насчитывает около 1,9 млрд. человек с избыточным весом. Из них более чем 640 млн. с чрезмерной полнотой. По данным ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения) наибольший процент ожирения наблюдается среди граждан следующих государств: ЮАР, Катар, Мексика, Бахрейн, США, Сирия, Ливия, Венесуэла, Тринидад и Тобаго, Словения, Новая Зеландия.

В этих государствах статистика ожирения составляет от 27 до 33,5% населения страны. Среди стран, где сравнительно небольшое количество людей с диагнозом ожирение мировая статистика выделяет: Японию – 3,7%, Корею – 5,3%, Италию – 9,8%.

Негативной в последнее время становится ситуация с избыточным весом у несовершеннолетнего населения. По состоянию на 2016 год более чем 42 млн. детей в возрасте до 15 лет имели избыточный вес. Статистика ожирения детей по странам (включая подростков

с избыточным весом) от общего количества детей в возрасте до 15 лет: США – 31%, Канада – 24,5%, Греция – 21,5%, Исландия – 18,0%, Словения – 17,0%, Израиль – 17,0%, Финляндия – 17,0%, Китай – 17,0%

Такой высокий процент детского ожирения по статистике объясняет малой подвижностью подростков из-за увлечения компьютерными играми, частыми перекусами высококалорийным фастфудом. В Америке в младшей и средней школе количество полных и тучных детей достигает 25%, а в Китае болезненной полноте подвержен каждый 6 мальчик и 11 девочка.

Проблема тучных людей давно уже стала очень серьезной угрозой генофонду будущих поколений. С диагнозом ожирение в США по статистике проживает более 68 млн. человек. Из них 32 млн. мужчин и 36 млн. женщин. У 65 млн. наблюдается избыточный вес. Из них 36 млн. мужчин и 29 млн. женщин. Такая ситуация связана с богатой калориями потребляемой американцами пищей, сидячей малоподвижной работой, генетической предрасположенностью к полноте.

Ежегодно количество американцев с избыточным весом и болезненной полнотой увеличивается на 1,1–2 млн. При таком темпе роста количество людей с диагнозом ожирение в Америке к 2030 году составит более 80 млн. человек. Наибольшее количество полных и тучных людей наблюдается в штате Миссисипи, наименьшее – в Колорадо.

За последнее время проблема избыточного веса у россиян становится наравне со многими серьезными заболеваниями. Официальная статистика уже насчитывает 24,9% от общего населения страны. Статистика людей страдающих ожирением в РФ прогрессирует из-за отсутствия физических нагрузок, несбалансированного высококалорийного питания

Наряду с увеличением числа тучных людей среди взрослого населения начинает расти и статистика ожирения у детей в России. Около 12% детей и подростков имеют избыточный вес, а 5% уже страдают от болезненной полноты. Основные причины – неправильное и калорийное питание, нарушение режима отдыха, искусственное перекармливание родителями.

Из-за отрицательного действия лишнего веса на сердечно-сосудистую систему статистика заболеваемости атеросклерозом и ожирением в России связаны друг с другом. Рост количества полных людей повлиял на более частое возникновение у них как атеросклероза, так и других заболеваний сердца и прочих органов.

На постсоветском пространстве ситуация с полнотой взрослых и детей постепенно приобретает угрожающий характер. Статистика ожирения в разных странах иногда пугает. Например, в Таджикистане отметка достигает 9,2%, а в Литве 23,7%. Если судить по странам, то неблагоприятная обстановка также наблюдается в Украине. Анализ статистики людей с ожирением показывает, что от излишней полноты страдает 20,1% населения страны.

Из стран кавказского региона наибольшее количество тучных людей отмечено в Казахстане. Согласно официальным данным с диагнозом ожирение в Казахстане по статистике около 4,23 млн. человек или 23,5% населения страны. Рейтинг стран мира с самыми высокими уровнями ожирения представлен в таблице:

По прогнозам экспертов ВОЗ статистика ожирения в дальнейшем будет стремительно расти. В ближайшем будущем ожидается увеличение количества жителей планеты с избыточным весом до 2,4 млрд., а с синдромом ожирения – до 800 млн. чел

Важно отметить, что избыточная масса тела — не только индикатор неправильного питания и низкой физической активности, это само по себе повышает риск развития многих

заболеваний: сахарного диабета II типа, гипертонической болезни, артрита, некоторых видов новообразований. Неудивительно, что понятие ЗОЖ, долгие годы отождествлялось лишь с пропагандой борьбы с курением, алкоголем, избыточной массой тела и т. д. На сегодняшней день кроме отказа от вредных привычек, надо обращать внимание на более новые проблемы в формировании ЗОЖ, как повышение физической активности, профилактика неинфекционных заболеваний, правильное питание, приближение квалифицированной медицины к населению и достижение физического и психического здорового климата в семье для воспитания молодого поколения и т. д. Увеличение количества спортивных сооружений в РФ на 45 645 зданий с 1995 года по 2009 год, а также пропаганда ЗОЖ, способствовали увеличению числа посещающих эти сооружения молодых людей практически в полтора раза с 10528,8 человек до 26262,3 человек в период с 1995 года по 2009 год, что является весомым показателем успехов в формировании ЗОЖ [10]. Анализ проведенных ранее исследований показало, что подавляющее большинство — 85,7 % студентов занимались или занимаются спортом (87,8 % юношей и 82,6 % девушек); 95,7 % респондентов положительно относятся к спорту (96,8 % юношей и 93,6 % девушек). Причем, 35,3 % (27,2 % юноши и 48,3 % девушки) хотели бы заниматься плаванием [16]. Следует отметить что, актуальность проблемы пропаганды ЗОЖ определяется тенденцией к «омоложению заболеваний». По данным ВОЗ за 10 лет в 23 странах мира смертность от болезней сердца возросла у молодых мужчин на 5–10 %. Среди больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки 10,7 % составили мужчины в возрасте 20–30 лет [9]. Одним из важнейших показателей сбалансированности здоровья и успешности профессиональной деятельности является сформированность ценности и культуры здоровья и зависимость их сформированности от таких психолого-акмеологических характеристик как пол, возраст, социально-экономического положения, уровень образования, профессия. Показано, что старшая возрастная группа ценит здоровье выше, чем молодежь. Пенсионеры, приобретшие собственный индивидуальный опыт разрушения здоровья и его восстановления, воспринимают его как самую большую ценность в жизни, что характерно для представителей старшего поколения, независимо от социального происхождения [2]. Важно отметить, что на сегодняшнее время, молодые люди в той или иной степени интересуется ЗОЖ. Большинство молодежи (74,5 %) предпочитают «заботиться о своем здоровье». Второе место занимает забота о своей внешности и фигуре (62,9 %). Однако, если среди юношей лишь 20,6 % опрошенных отдадут предпочтение ответу «забота о своем здоровье», то среди девушек уже 53,9 % опрошенных. То есть, для многих молодых людей здоровье является инструментом, позволяющим поддерживать свою привлекательность. При анализе факторов, мешающих ведению ЗОЖ видно, что самым частым ответом у юношей и девушек является лень: 14,5 % и 31,6 % соответственно. За ним по частоте следует ответ «нехватка времени» — 11,9 % у юношей и 25,5 % у девушек [10]. Следует отметить, приближение высококачественной медицины к населению способствует формированию ЗОЖ и медицинской информированности населения. В условиях продолжающейся реформы в системе здравоохранения в Республике Узбекистан происходит внедрение в жизнь системы лечебно-профилактической помощи населению, в которой привело поэтапному переходу на семейную медицину являющийся стандартом в развитых странах. На сегодняшний день число больничных учреждений в республике составляет 1281, Число амбулаторно-поликлинических учреждений 6676 (на конец 2021 года). Согласно анализу статистических данных, на сегодняшней день общее количество врачей составляет более 95,6 тысяч. На 10 000 населения равен 27,1 врачей. численность населения на одного врача равен 369. Общее число средних медицинских персоналов составляет более 372,5 тысяч, на 10 000 населения -105,6 среднего медицинского персонала Численность населения на одного среднего медицинского работника равен 95 [5]. Как нам известно, главными действующими лицами, обеспечивающими первичный контакт с пациентом, являются семейный врач и семейная медсестра. Проведенные ранее исследования

среди семейных медсестер показывает, для повышения эффективности работы по внедрению в семьи ЗОЖ большая часть 81 %, отметили, создать условия для проведения патронажа среди населения, 65 % отмечают, что необходимо с медсестрами проводить занятия по ведению пропаганды ЗОЖ, 32 % отмечают, что необходимо улучшение в оснащении ЛПУ для внедрения ЗОЖ, 29 % считают, что необходимо привлечение как можно большего количества медицинских сестер с высшим образованием, для пропаганды ЗОЖ 21 % считают, что необходимо привлекать как можно большее количество специалистов для этой работы и 19 % считают, что для эффективных результатов пропаганду ЗОЖ проводить в детских садах, школах и лицеях [3]. Для формирования ЗОЖ медицинская активность населения. По данным исследований, регулярно проходят диспансеризацию 72,1 % женщин и 49,9 % мужчин [3,9]. Исходя из вышеизложенных можно сделать вывод, что ЗОЖ — это деятельность, наиболее характерная, типичная для конкретных социально-экономических, политических, экологических и прочих условий, направленная на сохранение, улучшение и укрепление здоровья людей. Кроме того, необходимо учитывать индивидуальность в формировании ЗОЖ среди населения. Разработка индивидуальных критериев, позволит определить не только резервы организма каждого, но поможет сделать выбор мер оздоровления индивидуально и проводить самоконтроль эффективности ЗОЖ. Согласно этому, очень важно формировать понимание у населения важности ЗОЖ, призванного улучшить жизнь не только за счет материального благополучия, но и повышения образовательного и культурного уровня, а также формирования ответственного по отношению к своему здоровью поведения.

Литература:

1. Адылова, Н. М. Особенности формирование здорового образа жизни среди населения / Н. М. Адылова, Р. И. Азимов. // Молодой ученый. — 2015
2. Войт Л. Н. Здоровый образ жизни. Учебное пособие, Благовещенск: АГМА, 2008.
3. Основные демографические показатели по данным Государственного комитета Рес. Узбекистана по статистике
4. Список Всемирной организации здравоохранения 2019 по ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности здоровой жизни. 2020.
5. Число Медицинских учреждений по данным Государственного комитета Рес. Узбекистана по статистике
6. Здоровье для всех: Основная цель нового тысячелетия для Узбекистана, Программы развития ООН, Ташкент-2006
7. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе: Курс на благополучие
8. Жаров А. А., дисс получение уч.ст. кандидата медицинских наук по теме: Медико-гигиенические основы формирования здорового образа жизни в Российской Федерации, 2004
9. Завьялов А. Е. //Формирование здорового образа жизни молодежи в современной России/. Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата социологических наук. М.: — 2013
10. Заключительный отчет «Рекомендации по совершенствованию политики формирования здорового образа жизни для предупреждения неинфекционных заболеваний» М.:2013.
11. Здоровье для всех: Основная цель нового тысячелетия для Узбекистана, Программы развития ООН, Ташкент-2006

12. Литвиченко О. Н. и др. // Гигиена и санитария. 2006. — № 5. — С. 58–61.
13. Мировая статистика здравоохранения 2010 год / WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, World health statistics 2010.
14. Общая заболеваемость всего населения России в 2013 году / Статистические материалы. Часть II. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава, 2014. С. 5.
15. Мусаева, О. Т., Шеркузиева, Г. Ф., Исмоилова, У. Б., & Эргашева, Ш. К. Specific features of diffuse nontoxic goiter during pregnancy Musaeva O., Sherkuzieva G. 2, Ismoilova U. 3, Jergasheva Sh. 4 (Republic of Uzbekistan) Особенности течения диффузного нетоксического зоба во время беременности. *Главный редактор научно-исследовательского журнала «International scientific review», Вальцев СВ, 97.*
16. Мусаева, О. Т., Маматкулов, Б. М., Касимова, Д. А., & Пулатов, А. А. (1998). Thyroid function in pregnant women with diffuse euthyroid goiter Musaeva O., Mamatkulov B. 2, Kasimova D. 3, Pulatov A. 4 (Republic of Uzbekistan) Тиреоидная функция у беременных женщин с диффузным эутиреоидным зобом. *EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY*, (1), 97.
17. Мусаева, О. Т., Шеркузиева, Г. Ф., Исмоилова, У. Б., & Эргашева, Ш. К. (2016). Особенности течения диффузного нетоксического зоба во время беременности. *International scientific review*, (7 (17)), 97-98.
18. Мусаева, О. Т., Маматкулов, Б. М., Касимова, Д. А., & Пулатов, А. А. (2016). Тиреоидная функция у беременных женщин с диффузным эутиреоидным зобом. *European research*, (5 (16)), 97-99.
19. Гафурова, Д. О., Касимова, Д. А., & Иброхимов, У. Г. (2016). Проблемы детской инвалидности и факторы риска. *European research*, (5 (16)), 109-111.
20. WHO (2007). The European Tobacco Control Report
21. Росстат.