

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/81947>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Сестринское дело

ВВЕДЕНИЕ 3

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОЖИРЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 5

1.1 Формы и стадии ожирения. Клинические проявления 5

1.2. Причины и осложнения ожирения 12

1.3. Классификация ожирения 18

1.5. Особенности профилактики ожирения 37

2. СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ ОЖИРЕНИИ 44

2.1 Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой 44

2.2 Особенности сестринской деятельности при ожирении 58

2.3 Сестринский уход при ожирении 60

2.4 Подготовка к лабораторным и инструментальным исследованиям 67

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 71

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 73

ПРИЛОЖЕНИЕ 79

ВВЕДЕНИЕ

Ожирение - это хроническое, гетерогенное и многофакторное заболевание, которое характеризуется сложным нарушением липидного обмена с чрезмерным накоплением жира (триглицеридов, ТГ) в различных участках тела, что приводит к увеличению массы тела (МТ) и развитию многочисленных заболеваний, ранней инвалидности и преждевременной смерти больных.

Ожирение объявлено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) новой неинфекционной эпидемией современного человечества. По данным ВОЗ, распространенность ожирения в мире составляет в среднем 30 %, а в высокоразвитых странах - 45-50 % (лидером по распространенности избыточной МТ и ожирения в мире являются США, а в Европе - Италия). Установлено, что количество людей, страдающих ожирением, прогрессивно увеличивается каждые 10 лет на 10 %. Ожидается, что к 2025 году ожирение будут иметь 40 % мужчин и 50 % женщин, живущих на планете. Самый безрадостный факт - повсеместно фиксируемый рост ожирения среди детей и подростков.

Актуальность борьбы с ожирением обусловлена не только его высокой распространенностью, но и негативным влиянием на качество жизни больных и, особенно, высоким риском развития различных заболеваний, приводящих к ранней инвалидности и существенному уменьшению продолжительности жизни лиц, страдающих ожирением. Установлено, что частота развития артериальной гипертензии (АГ) при ожирении составляет 75 %, сахарного диабета (СД) 2-го типа - 57 %, ишемической болезни сердца (ИБС) - 20 %, заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей - 30 %, остеоартроза - 14 %, злокачественных опухолей молочной железы, матки и толстого кишечника - 11 %. Подсчитано, что суммарный экономический вред, связанный с ожирением, превышает таковой от онкологических заболеваний.

Цель исследования: проанализировать роль медицинской сестры в профилактике ожирения.

Задачи исследования.

1. Рассмотреть формы и стадии ожирения. Клинические проявления.

2. Проанализировать причины и осложнения ожирения .

3. Изучить особенности профилактики ожирения .

4. Изучить особенности сестринской деятельности при ожирении.

5. Предложить программу «Школы здоровья» для людей с ожирением.

Объект исследования: сестринская деятельность по организации профилактических мероприятий.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в профилактике ожирения.

В работе использованы теоретические и эмпирические методы исследования: анализ, анкетирование.

Комплексный метод с использованием данных полученных в результате исследования и проведенного анализа зарегистрированных случаев ожирения по имеющимся данным.

Практическая значимость работы. Разработана программа «Школы здоровья» для людей с ожирением и

медицинских работников по устранению факторов риска ухудшения состояния, также может быть использован для обучения студентов и медицинских сестер.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОЖИРЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

1.1 Формы и стадии ожирения. Клинические проявления

В настоящее время ожирение приобрело масштабы мировой эпидемии, и это огромная проблема как для человека, так и для общества в целом. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на нашей планете насчитывается более 1,6 млрд лиц старше 15 лет, имеющих избыточную массу тела [индекс массы тела (ИМТ) 25,0-29,0 кг/м²], и более 500 млн человек, страдающих ожирением (ИМТ >30,0 кг/м²) [12, с.34].

Так, распространенность ожирения в США составляет 56%, в Великобритании - 52%, в Израиле - около 50% женщин и 60% мужчин имеют избыточный вес или ожирение. Следует особо подчеркнуть, что Россия по этому показателю существенно не отличается от вышеперечисленных ведущих стран.

В европейских странах процент лиц с ожирением отличается, имея наименьшие показатели во Франции и Швейцарии. Однако даже по самым скромным консервативным подсчетам около 50% всех жителей западного мира имеют или избыточную массу тела, или ожирение, причем распространенность заболевания постоянно увеличивается.

В этой связи необходимо обратить внимание на данные M. Lean, представившего ситуацию с ожирением в европейских странах.

25% взрослого населения европейских стран не имеют проблем с избыточным весом. Важно отметить, что 10-15% больных ожирением в европейской популяции нуждаются в постоянной медицинской помощи, а это диктует необходимость постоянного привлечения бюджета. Следовательно, пациенты, страдающие тяжелыми заболеваниями, могут недополучить также крайне важную для них медицинскую помощь!

Причем эксперты ВОЗ предполагают практически двукратное увеличение количества лиц с ожирением к 2025 г., что по сравнению с данными за 2000 г. составляет 45-50% взрослого населения США, 30-40% - Австралии, Великобритании и более 20% населения Бразилии.

ВОЗ даёт следующее общее определение избыточному весу и ожирению: «Избыточный вес и ожирение - результат формирования аномальных или чрезмерных жировых отложений, которые могут наносить вред здоровью». Более формальное определение с медицинской точки зрения используется Российской ассоциацией эндокринологов: «Ожирение - хроническое гетерогенное, прогрессирующее при естественном течении заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме: у мужчин - более 10-15%, у женщин - более 20-25% от массы тела» [35, с.3].

Так как определить количество жировых отложений в организме достаточно тяжело, то специалистами ВОЗ был разработан индекс массы тела, который рассчитывается как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах (кг/м²). Данный индекс используется повсеместно, так как рассчитывается на основании двух простых параметров, но при этом коррелирует с количеством жировой ткани в организме как у взрослых, так и у детей. Однако показатель ИМТ имеет и недостатки, в частности, он не в состоянии учесть костную или мышечную массу. При медицинских оценках избыточного веса используются дополнительные измерения, которые позволяют учесть индивидуальные особенности организма человека и оценить метаболический фенотип ожирения. Для этой цели производится измерение окружности талии и окружности бёдер, используется соотношение данных величин [36, с.56].

Расчёт ИМТ для взрослых и детей отличается, потому как для детей необходимо учитывать третий параметр - возраст. Согласно методологии ВОЗ, у детей в возрасте от 5 до 19 лет наличие избыточного веса или ожирения определяется в зависимости от степени превышения медианного значения ИМТ:

Если соотношение «ИМТ/возраст» превышает медианное значение, указанное в Стандартных показателях физического развития детей (ВОЗ), более чем на одно стандартное отклонение (эквивалент ИМТ=25 кг/м² для возраста 19 лет) - избыточная масса тела.

Если соотношение «ИМТ/возраст» превышает медианное значение, указанное в Стандартных показателях физического развития детей (ВОЗ), более чем на два стандартных отклонения (эквивалент ИМТ=30 кг/м² для возраста 19 лет) - ожирение.

Также для определения пороговых значений используются процентиля. В своей практике Центры по контролю и профилактике заболеваний США применяют следующий метод определения наличия избыточного веса и ожирение у детей и подростков [26, с.5]:

Если ИМТ находится в интервале от 85-процентиля до 95-процентиля, то диагностируется избыточный вес; Если ИМТ превышает 95-процентиль, то диагностируется ожирение. Детское ожирение влечет за собой как

краткосрочные, так и долгосрочные неблагоприятные последствия для физического и психосоциального здоровья, являясь фактором риска ортопедических проблем и психических расстройств. Ожирение в детском и подростковом возрасте является важным прогностическим фактором ожирения у взрослых. Метаболические и сердечно-сосудистые факторы риска, проявившись в детском возрасте, сохраняются во взрослой жизни, приводя к повышенному риску плохого состояния здоровья и преждевременной смертности. Ожирение в подростковом возрасте также чревато нарушением становления репродуктивной функции, что в свою очередь может привести к осложнениям при формировании семьи (Дедов и др., 2001). Кроме того, подростки, страдающие ожирением, с высокой вероятностью наберут избыточный вес и во взрослом возрасте, а значит, будут иметь более низкие доходы и испытывать большую социальную исключенность [44, с.34].

Ожирение развивается под влиянием генетических дефектов, внешних факторов и нейроэндокринных нарушений.

Наследственные факторы, способные приводить к ожирению, связаны с мутацией генов. На сегодня известны более 50 генов, ответственных за развитие ожирения у человека: ген *Lep (ob)*, отвечающий за синтез лептина, ген рецептора к лептину, гены, кодирующие образование α - и β -адренорецепторов, ген липопротеинлипазы, *fat*-ген (ген карбоксипептидазы E), ген рецептора меланоцитостимулирующего гормона 4-го типа и т. д.

К внешним факторам, приводящим к ожирению, относят пренатальные факторы, доступность недорогой аппетитной и высококалорийной пищи, большие порции пищи, социальные, экономические, психологические, этнические и культурные предпосылки переедания, реклама в средствах массовой информации, низкая физическая активность. Генетические и внешние факторы приводят к формированию положительного энергетического баланса, когда потребление калорий с едой превышает их расходование. В развитии ожирения принимают участие большое количество систем и факторов, регулирующих энергетический обмен и ответственных за изменение МТ. Так, центральные механизмы регуляции пищевого поведения связаны с гипоталамусом: его вентромедиальные ядра представляют собой центр насыщения, а вентролатеральные - центр голода или аппетита. Именно эти центры координируют баланс между потреблением и расходом энергии, взаимодействуя как друг с другом, так и с другими отделами центральной нервной системы (ЦНС) - корой больших полушарий, в том числе с корковыми отделами зрительного, вкусового, обонятельного анализаторов и лимбической системы (поясная извилина, гиппокамп, инфраорбитальная область), а также с гипофизом (через релизинг-факторы) как центром, регулирующим эндокринную систему. Важное значение в регуляции эмоционально-поведенческих аспектов приема пищи имеет центр, расположенный в миндале: его разрушение приводит к феномену «пищевой слепоты», т. е. к психическому безразличию к пище [17, с.66].

В регуляции аппетита принимают участие и нейропептиды, секретируемые аркуатными ядрами гипоталамуса. Часть из них является анорексигенными веществами (подавляющими аппетит), другие - орексигенными, т. е. стимулирующими аппетит.

Так, нейропептид Y стимулирует аппетит посредством взаимодействия с парасимпатическими центрами. Секреция агути-родственного протеина (Agrp12) усиливается в условиях дефицита лептина и инсулина, а меланоцитостимулирующий гормон (меланокортин) реализует свой анорексигенный эффект путем повышения активности симпатической нервной системы, ускорения метаболизма жиров и уменьшения высвобождения инсулина из клеток поджелудочной железы, т. е. снижение активности меланокортина может иметь самое прямое отношение к развитию ожирения. Серотонин играет основную роль в формировании чувства насыщения и развитие ожирения связывают с низким синтезом этого амина в ЦНС. С другой стороны, недостаток серотонина в головном мозге является главной причиной депрессий, вот почему у некоторых людей в моменты стрессов, сопровождающихся снижением настроения, может появляться булимия (феномен «заедания» депрессии) [29, с.55].

В последнее время появились данные, свидетельствующие о том, что гипоталамус может оценивать потребность организма в пище не только по уровню гормонов-посредников, но и напрямую - по концентрации в крови так называемых сигнальных веществ, в частности по уровню малонил-кофермента A, продукта метаболизма жиров, концентрация которого в крови является показателем «уровня сытости». Кроме центральной регуляции на пищевое поведение влияют периферические факторы насыщения, вырабатываемые в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), печени, поджелудочной железе: холецистокинин, который способен снижать количество потребляемой пищи, эндостатин, бонбесин, нейротензин и гастринингибирующий пептид, пептид YY3-36 (регулируют чувство насыщения), а также грелин, который называют гормоном голода. Его повышение в крови вызывает чувство голода и стимулирует аппетит. При

этом он снижает окисление жиров и активирует их депонирование, что приводит к ожирению.

Особая роль в развитии ожирения отводится в настоящее время висцеральной жировой ткани, которая является эндокринным органом, продуцирующим целый ряд гормонально активных веществ - адипокинов. Среди них - лептин, адипонектин, резистин. Лептин осуществляет связь жировых депо с гипоталамусом путем активации центра насыщения, что приводит к выработке сигналов, тормозящих центр голода. При этом в дугообразном ядре гипоталамуса уменьшается продукция нейропептида Y, стимулирующего аппетит и пищевое поведение [14 с.54].

Таблица 1. Моноамины и нейропептиды, регулирующие аппетит в центральной нервной системе (по Бубновой М. Г.)

Орексигенные (стимулирующие аппетит) Анорексигенные (подавляющие аппетит)

Норадреналин (α_2 -рецепторы) Норадреналин (α^1 , P_2 -рецепторы)

Нейропептид Y Серотонин

R-эндорфин Кокаин-, амфетаминрегулируемый транскриптор

Агути-родственный пептид (AgRP) Проопиомеланокортин (POMC)

Меланинконцентрируемый гормон α -меланоцитостимулирующий гормон (меланокортин)

Орексин A и B (гипокретины 1 и 2) Кортиколиберин

Галанин Тиролиберин

Соматолиберин Вазопрессин

Нейротензин

Окситоцин

Урокортин

Кроме того, лептин активирует центры теплопродукции, что сопровождается повышением энергопотерь.

Наконец, снижение аппетита под влиянием лептина происходит и за счет активации им симпатической нервной системы. Предполагается, что лептин свои эффекты по снижению МТ отчасти реализует через серотонинергическую систему мозга (может увеличивать обратный захват серотонина). При ожирении, несмотря на гиперлептинемия, отмечается утрата чувствительности гипоталамических центров к лептину с развитием лептинорезистентности, что сопровождается гиперфагией и повышением МТ.

При ожирении значительно снижается секреция другого гормона жировой ткани - адипонектина, обладающего многочисленными протективными свойствами и предотвращающего развитие ассоциированных с висцеральным ожирением заболеваний (СД, атеросклероз). Адипонектин снижает продукцию глюкозы и ТГ в печени, повышает чувствительность скелетных мышц к инсулину, тормозит адгезию тромбоцитов к эндотелию, пролиферацию и миграцию миоцитов, захват атеросклеротическими бляшками липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и др. При ожирении все позитивные эффекты адипонектина утрачиваются. Низкий уровень этого адипокина тесно коррелирует с инсулинорезистентностью (ИР) и гиперинсулинемией. Показано, что активность адипонектина может подавляться резистином, который является его антагонистом. Установлено, что резистин способен снижать чувствительность периферических тканей к инсулину и усиливать ИР

Ожирение часто сопровождается снижением основного обмена и теплообразования, а также низкой активностью симпатической нервной системы. Выявлено, что мутация генов митохондриальных разобщающих белков 2-го и 3-го типов или снижение их экспрессии может приводить к уменьшению скорости термогенеза в абдоминальной жировой ткани и, следовательно, иметь значение в патогенезе ожирения. Отмечено снижение при ожирении чувствительности периферических рецепторов к катехоламинам, что, возможно, связано с мутациями в генах, кодирующих β -адренорецепторы [36, с.56].

Совсем недавно была открыта еще одна система, участвующая в регуляции энергетического обмена, - эндоканнабиноидная, в которую входят каннабиноидные рецепторы первого типа (CB₁ рецепторы), локализованные как в головном мозге, так и на периферии (жировая ткань, печень, мышцы, ЖКТ).

Полагают, что эта система играет важную роль в регуляции веса тела и энергетическом равновесии, а также в обмене глюкозы и жиров. Открытие этой системы привело к созданию нового класса препаратов для лечения ожирения - селективных блокаторов каннабиноидных рецепторов.

Нейроэндокринные причины ожирения связаны в основном с гипофизом. Известно, что регуляция гипофизом жирового обмена осуществляется через адренокортикотропный, тиреотропный и соматотропный (СТГ) гормоны. Поражения гипофиза приводят к развитию таких эндокринных заболеваний, как болезнь Иценко- Кушинга, гипотиреоз, нанизм, для которых ожирение является одним из характерных клинических проявлений. Синдром Иценко- Кушинга, клиника которого не отличается от таковой при болезни Иценко-Кушинга, обусловлен гиперпродукцией кортикостероидов вследствие опухоли или

гиперплазии коры надпочечников.

1.2. Причины и осложнения ожирения

Ожирение можно считать следствием современного образа жизни.

ВОЗ сделала вывод, что основной причиной ожирения в мире стал недостаток спонтанной и трудовой физической активности населения в сочетании с чрезмерным потреблением жирной высококалорийной пищи. И только на 2540% масса тела определяется генетическими факторами.

Ожирение опасно тем, что значительно ухудшает здоровье населения. Наряду с неправильным питанием и низкой физической активностью в США ожирение служит причиной примерно 300000 случаев смерти в год. Ожирение может быть причиной 57% случаев сахарного диабета (СД) II типа, 17% случаев АГ и ИБС, 14% случаев остеопороза, 14% случаев ЖКБ, 11% случаев рака молочной железы, матки и толстой кишки [44]. С медицинской точки зрения к ожирению приводит нарушение соотношения между потребляемой и расходуемой энергией, которое в свою очередь может быть вызвано генетической предрасположенностью, а также может сформироваться под воздействием внешних факторов. По мнению комиссии ВОЗ, дисбаланс энергии является следствием влияния условий, которые имеют физические и социальные особенности. Таким образом, главной социально-экономической причиной эпидемии ожирения является образ жизни, характеризующийся употреблением продуктов с высокой энергетической ценностью и малым содержанием питательных веществ, а также недостаточной физической активностью. В представленных в данном разделе исследованиях будут рассмотрены следующие значимые факторы: пищевые привычки, физическая активность и характеристики среды.

Снижение физической активности подростков обусловлено экономическими, социальными и технологическими изменениям, которые включают в себя широкое распространение пассивных развлечений и широкое использование гаджетов. В исследовании, посвященном анализу распространения сидячего образа жизни среди детей и взрослых, утверждается, что для детей время, проведенное в сидячем положении, напрямую связано с набором избыточного веса и развитием ожирения [37, с.36]. Согласно данным американского социологического опроса 2003-2006 гг., подростки (от 13 до 19 лет) проводят в сидячем положении больше времени, чем другие возрастные группы - около 59% времени бодрствования. Высокое значение данного показателя указывает на наличие проблемы недостаточной физической активности среди подростков в США. Одной из предпосылок этого является широкое распространение телевиденья и интернета, общедоступность пассивных развлечений.

Orben и Przybylski изучили взаимосвязь между избыточным весом у подростков и использованием цифровых технологий. В результате была установлена незначительная отрицательная корреляция между ожирением и использованием цифровых технологий [22, с.26].

По мнению автора, данное влияние настолько незначительное, что не требует реакции со стороны государства. Однако данный вывод не сходится с результатами, которые приводятся в работе, целью которой является описание эффекта от масс-медиа и физической неактивности. Авторы приводят комплексный анализ статей по теме и приходят к выводу о возрастающем влиянии телевиденья и интернета на здоровье индивида, в том числе на его весовой статус. В другой работе уже с помощью проведенного регрессионного анализа Steffen констатирует зависимость между наличием ожирения у родителей и частотой просмотра телевизора детьми. Автор акцентирует внимание на причинности связи между ИМТ родителей и ИМТ детей, так как она осуществляется не только по причине наследственности, но и в силу переноса привычек взрослых на детей [56, с.57].

Социально-экономическое положение определяет стиль жизни человека, в том числе занятие спортом и пищевые привычки (Glorioso, Pisati 2014). На протяжении многих столетий полноту воспринимали как признак высокого достатка, так как она свидетельствовала об обилии питания. Тем не менее в современном мире в большинстве стран ситуация в корне изменилась и избыточный вес ассоциируется с невысоким положением в обществе и употреблением нездоровой пищи более ни

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров, А.А. Аутотренинг / А.А. Александров. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2012. - 240 с.
2. Алексеев, А.В. Я спокоен. Как защитить себя от стресса / А.В. Алексеев. - Ростов н/Дону: Феникс, 2004. - 56 с.
3. Белевский А.С., Княжеская Н.П., Сосина Е.Е. Профилактика ожирения / Белевский А.С. - М.: Медицина, 2012. - 215с.
4. Бобровский, А.В. Как победить аппетит? Психологические техники эффективной и рациональной борьбы с лишними килограммами / А.В. Бобровский, М.А. Гаврилов, В.В. Ромацкий. - СПб.: Невский проспект, 2006. -

192 с.

5. Боголюбов В.М. Курортология и физиотерапия. / В.М.Боголюбов. - М.: Медицина, 2015.
6. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. 3-е изд., перераб. и доп. / В.М.Боголюбов, Г.Н.Пономаренко. - М.: Медицина, СПб., 2019. - С. 252.
7. Брехман И.И. Введение в валеологию-науку о здоровье / Брехман И.И. -М.: Наука, 2017. - 456с.
8. Булкина Л.С., Белевский. А.С. Планы занятий по санитарно-просветительной работе / Булкина Л.С.- М.: Медицина, 2013. - 189с.
9. Вардимиади Н.Д. Лечебная физкультура и диетотерапия при ожирении / Н.Д. Вардимиади, Л.Г. Машкова. - Киев: Здоровье, 2018. - С.47.
10. Васин, Ю.Г. Физические упражнения - основа профилактики ожирения / Ю.Г. Васин. - 2-е изд., перераб. и доп. - Киев: Здоровье, 2019. - С.99.
11. Ворохобиной, Н. В. Ожирение / Под редакцией А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. - М.: Диалект, 2013. - 240 с.
12. Генри, М. Кроненберг Ожирение и нарушения липидного обмена / Генри М. Кроненберг и др. - М.: Рид Элсивер, ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 264 с.
13. Гинзбург М.М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения / М.М. Гинзбург, Г.С. Козупица, Г.П. Котельников. - Самара: Изд-во Самарского Госмедуниверситета, 2017. - С. 48.
14. Голубев А.Д., Зиньковская Т.М., Завражных Л.А. Обучение больных с ожирением / Голубев А.Д. - Н. Новгород: Витязь, 2011. - 345с.
15. Горбатов Д.С. Практикум по психологическому тестированию / Горбатов Д.С. - Самара: БахраХ-М, 2006. - 177с.
16. Гринберг, Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг - 7-е изд. - СПб.: Питер, 2002. - 496 с.
17. Дедов, И.И. Патогенетические аспекты ожирения / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Т.И. Романцова // Ожирение и метаболизм. - 2004. - № 1. - С. 3-9.
18. Дехтяр, Б.С. Как защитить себя от стресса / Б.С. Дехтяр. - М.: Гранд-Фаир, - 176 с.
19. Дэниел, Г. Бессесен Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение / Дэниел Г. Бессесен, Роберт Кушнер. - М.: Бином, 2016. - 240 с.
20. Еганян Р.А., Калинина А.М. Школа здоровья - Избыточная масса тела / Еганян Р.А. - М. - Геотар-Медиа - 2013. - 345с.
21. Еганян, РА. Школа здоровья. Избыточная масса тела и ожирение: руководство для врачей / РА. Еганян, А.М. Калинина / под ред. Р.Г. Оганова. - М.: ГЭО- ТАР-Медиа, 2010. - 112 с.
22. Егоров, М. Н. Ожирение / М.Н. Егоров, Л.М. Левитский. - М.: Медицина, 2015. - 306 с.
23. Картелишев, А. В. Актуальные проблемы ожирения у детей и подростков / А.В. Картелишев, А.Г. Румянцев, Н.С. Смирнова. - М.: Медпрактика-М, 2015. - 280 с.
24. Качаровская Е.В., Лютикова О.К. Сестринское дело. Учебник для медицинских училищ и колледжей./ Качаровская Е.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 345с.
25. Клиорин, А. И. Ожирение в детском возрасте / А.И. Клиорин. - М.: Медицина, 2016.256с.
26. Комарова Л.А., Егорова Г.И. Сочетанные методы аппаратной физиотерапии и бальнеолечения. / Л.А.Комарова, Г.И.Егорова. - СПб.: МАПО, 2014. - С. 223.
27. Куфтарева, Ю. Ф. Школы здоровья: роль сестринского персонала в проведении группового консультирования // Главная медицинская сестра. - 2010. - № 9. - С. 146-153.
28. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский. - М.: Советский спорт, 2004. - 320 с.
29. Лобыкина, Е.Н. Школа здоровья для пациентов с I-II группой здоровья. Школа здоровья для здоровых / Е.Н. Лобыкина, Ю.В. Рузаев. - 2-е изд., - Новокузнецк. - Полиграфист, 2013. - 114 с.
30. Маклаева, Н. Н. Школа коррекции питания как одна из форм профилактической работы с населением / Н. Н. Маклаева, М. Е. Осыченко , Н. Н. Камынина // Медицинская сестра. - 2016. - № 5. - С. 51-54
31. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В.А.Епифанова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : МЕДпресс_информ, 2008. - 352 с.
32. Мони́на, Г.Б. Тренинг «Ресурсы стрессоустойчивости» / Г.Б. Мони́на, Н.В. Раннала. - СПб.: Речь, 2009. - 250 с.
33. Николова Л., Бойкиева С. Специальная физиотерапия. / Л.Николова, С.Бойкиева. - София: Медицина, 2013.
34. Оказание медицинской помощи по снижению избыточной массы тела: методические рекомендации /

- Под ред. д.м.н, профессора С.А. Бойцова. - М.: ГНИЦ профилактической медицины, 2012. - 52 с.
35. Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий. Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия № 96 // Всемирная организация здравоохранения, 2005.
36. Под общ. ред. Е.И. Чазова; Сост. А.А. Шишкина; Под ред. И.И. Дедова и др.: Болезни органов эндокринной системы. - М.: Медицина, 2000
37. Полуструев А. В., Артеменко Е. П., Якименко С. Н. Теоретические и методические основы восстановления физической работоспособности травматологических больных с переломами длинных и трубчатых костей 50 верхних и нижних конечностей. - Омск: СибГАФК, 2019. - 152 с.
38. Полуструев А. В., Якименко С. Н., Артеменко Е. П. Комплексное использование физических средств восстановления в тренировочном процессе фехтовальщиков. - Омск: СибГАФК, 2019. - 88 с.
39. Пономаренко Г.Н. Физиотерапия: национальное руководство / Г.Н. Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 854с.
40. Пономаренко Г.Н., Воробьев М.Г. Руководство по физиотерапии. / Г.Н.Пономаренко, М.Г.Воробьев. - СПб.: НИЦ «Балтика», 2005. - С. 400.
41. Попов С.Н. Физическая реабилитация: учебник / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. - 608 с.
42. Попов, С.Н. Лечебная физическая культура: учебник для институтов физической культуры / С.Н. Попов. - М.: Академия, 2005. - 528 с.
43. Порядина, Г. И. Вопросы профилактики ожирения и метаболического синдрома: по результатам работы «школы рационального питания» для детей и подростков с ожирением / Г. И. Порядина, Е. А. Ковалева, М. Ю. Щербакова // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. - 2012. - С. 37-42
44. Потемкина, РА. Физическая активность и питание: руководство для врачей / Р. А. Потемкина. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2011.
45. Потемкина, РА. Физическая активность: методические рекомендации / РА. Потемкина / Под ред. д.м.н., профессора С.А. Бойцова. - М.: ГНИЦ профилактической медицины, 2012. - 32 с.
46. Профилактическое консультирование пациентов с избыточной массой тела и ожирением / Под ред. акад. РАМН Р. Г. Оганова. - М.: Диатрон, 2010. - 118 с.
47. Психологические факторы терапевтического обучения: учебно-методические рекомендации / Авт.-сост. Л.В. Мышкина, Е.Ю. Шкатова, Л.В. Рудакова. - Ижевск, 2012. - 80 с.
48. Рипа, М. Полезно, интересно, перспективно: профилактика ожирения на основе лечебных и спортивных упражнений / Михаил Рипа, Ирина Кулькова // Здоровье детей - Первое сентября. - 2015. - № 12. - С. 18-22
49. Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова, РА. Хальфина. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 464 с.
50. Сосин И.Н. Физиотерапевтический справочник. / И.Н.Сосин - К., Здоровье, 2013. - С. 604.
51. Старкова Н.Т. Клиническая эндокринология: руководство (3-е изд) / Под ред. Старковой Н.Т. - СПб.: Изд-во Питер, 2002. - С. 576.
52. Тихонов, С.В. Влияние ручного массажа на проявления гипоксии головного мозга у детей первого года жизни с перинатальным поражением центральной нервной системы / С.В. Тихонов, И.Н. Калинина, А.В. Полуструев // «Современные проблемы науки и образования». - Москва: ИД «Академия естествознания». - №6. - 2011. - С. 10
53. Ушаков, А.А. Практическая физиотерапия / А.А. Ушаков - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. - 608 с.
54. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по Государственному образовательному стандарту 022500 «Физическая культура для лиц с отклонением в состоянии здоровья» (Адаптивная физическая культура). / под общей ред. проф. С.Н.Попова. Изд. 3-е. - Ростов/Дон: Феникс, 2005. - 608 с.
55. Шадрин, С.А. Программно-целевое обучение лечению и профилактике ожирения у детей и подростков / Шадрин С.А., Бурлуцкая А.В., Статова А.В. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 4-1. - С. 307-310.
56. Шаповалова, В. А. Ожирение / В. А. Шаповалова, Г. С. Пакина // Медицинская сестра. - 2016. - № 1. - С. 32-33. - Библиогр.: с. 33
57. Щербакова, М. Ю. Ожирение у детей и подростков: медицинские и общесоциальные проблемы / М. Ю. Щербакова, Г. И. Порядина // Медицинская сестра. - 2012. - № 8. - С. 18-23.
58. Щербатых, Ю.В. Психология стресса / Ю.В. Щербатых. - М.: Эксмо, 2008. - 304 с.
59. Щербатых, Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых. - СПб.: Питер, 2006. -

Беспалова И.Д., Мишенина Г.И. Опыт внедрения сестринского процесса в санитарно-просветительную работу / Беспалова И.Д. – Томск: Синь, 2009. – 432с.

60. Ясногородский В.Г. Физиотерапия: справочник. / Под ред. В.Г. Ясногородского. – М.: Медицина, 2012. – С. 511.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/81947>