

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ. ЦЕНТРЫ И ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ

План лекции:

1. Формы, методы и средства гигиенического обучения и воспитания населения
2. Требования к разработке обучающих материалов и проведению санитарно-гигиенического обучения населения
3. Понятие о профилактическом консультировании
4. Организация работы Центров здоровья
5. Цели и задачи деятельности Школ здоровья.
6. Принципы организации занятий в Школе здоровья
7. Оформление документации и оценка эффективности деятельности Школы здоровья

1. Формы, методы и средства гигиенического обучения и воспитания населения

Санитарно-просветительная работа – это комплекс мероприятий по пропаганде медицинских знаний среди населения. **Целью санитарно-просветительской работы** среди населения является **формирование знаний и умений самостоятельно принимать решения по вопросам, касающимся сохранения и укрепления здоровья.**

Гигиеническое воспитание по первичной профилактике **неинфекционных заболеваний** включает сведения о **факторах риска**, а в случае первичной профилактики **инфекционных заболеваний** - сведения о **биологических особенностях возбудителя.**

Санитарное просвещение в стационаре является вторичной профилактикой. Работа по гигиеническому воспитанию в стационаре направлена на пациента, находящегося в стационаре в данный момент.

Важно заметить, что санитарное просвещение родителей должно начинаться еще до рождения ребенка. И в дальнейшем именно родители должны прививать гигиенические навыки детям.

Необходимо заметить, что **обязательному гигиеническому обучению** подлежат **работники образовательной организации, занимающейся воспитанием и обучением детей**, специалисты, деятельность которых связана с пищевыми продуктами, воспитанием и обучением детей, коммунальным обслуживанием населения.

Методы гигиенического воспитания – это **способы управления** познавательной и практической деятельностью человека, направленные на формирование гигиенической культуры, позитивного в отношении здоровья стиля жизни

Методы гигиенического обучения и воспитания можно разделить на **4 основные группы**

- **метод устной пропаганды;**
- **метод печатной пропаганды;**
- **метод изобразительной пропаганды (наглядной);**
- **комбинированный (смешанный, аудиовизуальный) метод**

Средства гигиенического воспитания – это способы реализации метода, основанные на речи, изображении, действии, а также реальные предметы, имеющие отношение к гигиеническому воспитанию

Методы	Средства
Устный	Лекция, беседа, дискуссия, вечер вопросов и ответов
Печатный	Памятка, листовка, статья в газете, доска вопросов и ответов, книга, брошюра, стенная санитарная печать
Наглядный	Слайды, видеофильмы, натуральные объекты, муляжи, фотографии
Смешанный	Телепрограмма, кинофильмы, выставки (стационарные и передвижные), уголки здоровья, школы здоровья, уроки здоровья, ярмарки здоровья, дни здоровья

К средствам **устной пропаганды** относятся средства, при использовании которых имеется **непосредственный контакт с аудиторией** (лекция, беседа, вечер вопросов и ответов, диспут, выступление) и средства, при использовании которых **непосредственный контакт с аудиторией отсутствует** (радиовыступление, выступление по телевидению, запись выступлений, лекций на диске, запись вебинара).

Средства метода изобразительной (наглядной) пропаганды подразделяются на несколько групп:

- **плоскостные средства** (плакат, рисунок, фотографии, диафильмы, слайды, видеофильмы);
- **объемные средства** (муляж, макет, модель, фантом, скульптура);
- **натуральные объекты** (макропрепарат, микропрепарат, образцы растительного, животного мира, изделия, продукты и др.);
- **комбинированные средства** (выставка, театр, кукольный театр, агитационная бригада).

Применяя различные средства гигиенического обучения, медицинские работники должны знать, что **степень усвоения информации** зависит от их психологической эффективности:

- ✓ **5% - лекция;**
- ✓ **10% - чтение;**
- ✓ **20% - аудиовизуальные средства;**
- ✓ **30% - использование наглядных пособий;**
- ✓ **50% - обсуждение в группах;**
- ✓ **70% - обучение практикой действия;**
- ✓ **90% - выступление в роли обучающего.**

Формы гигиенического воспитания представляют собой способы применения отдельного средства или совокупности средств в определенной последовательности

Формы гигиенического обучения и воспитания классифицируют:

1) в зависимости от периодичности проведения мероприятий:

- **цикловые** – объединенные одной целью и применяемые в определенной логической последовательности (лектории, школы здоровья, кружки, кинолектории и др.);
- **эпизодические** – отдельно взятые мероприятия (выступление на родительском собрании, телефонное консультирование, демонстрация фильма).

2) по форме восприятия информации:

- **пассивные (односторонние)** – представляющие собой монолог специалиста и основаны на пассивном восприятии информации обучаемыми (доклад, сообщение, лекция и т.п.);
- **активные (двусторонние)** – предусматривают активное участие обучающихся в обсуждении и поиске решений (дискуссия, викторина и т.п.).

3) по охвату населения:

- **массовые формы** характеризуются общением между специалистом и **большим количеством пациентов (не менее 25 человек)** и используются для **формирования общественного мнения** и ответственного отношения к здоровью, широкого информирования общественности о состоянии среды обитания и здоровья населения (**работа со СМИ** (радио- и телепередачи, демонстрация кинофильмов и изобразительных средств, публикации в прессе, работа с интернет источниками, пресс-конференции и заседания «круглого стола», брифинги, форумы, «прямые линии», сообщения для СМИ), **телефонное консультирование с помощью автоответчика, издательская деятельность** (памятки, буклеты, листовки, плакаты, лозунги), **организация дней открытой информации, выставок** (экспонирование), массовых акций, Единых дней здоровья, олимпиад здоровья, **проведения социологических исследований, конференций и съездов по вопросам сохранения здоровья и профилактики заболеваний, а также тестирование, анкетирование, опрос, викторина, игра, конкурс.**
- **групповые формы работы** характеризуются общением специалиста с **группой пациентов до 25 человек** и применяются для дифференцированного гигиенического воспитания отдельных целевых групп населения (**школы здоровья, лекции, беседы, семинары, тренинги, дискуссии, «круглый» стол, вечера вопросов и ответов, деловая игра, клуб здоровья, практическое занятие, урок, демонстрация фильмов и театрализованная постановка для группы лиц, тестирование, анкетирование, опрос, викторина, конкурс,**

очно-заочное курсовое гигиеническое обучение специалистов, деятельность которых связана с пищевыми продуктами, воспитанием и обучением детей, коммунальным обслуживанием населения и др.).

- **индивидуальные формы** характеризуются **общением между специалистом и пациентом - беседа, инструктаж, консультация** очная или по телефону («горячая» линия, телефон доверия, телефонная справка), **личная корреспонденция** (на бумажном носителе или on-line, в том числе и вопрос-ответ), **индивидуальная отработка практических умений, очно-заочное индивидуальное обучение, индивидуальный просмотр фильмов или работа с литературой с дальнейшим обсуждением** и др.

2. Требования к разработке обучающих материалов и проведению санитарно-гигиенического обучения населения

К обучающим и информационным материалам относятся **санбюллетень, памятки, брошюры, постеры, плакаты, листовки, слайд-презентации, видеоматериалы, публикации в социальных сетях.**

При разработке любых информационных материалов используются только профилактические рекомендации (нельзя упоминать названия, использовать изображения лекарственных препаратов, БАД, кроме названия вакцин)

При разработке печатных материалов (памятки, листовки, брошюры) важно придерживаться **следующих правил:**

- Достаточно крупный шрифт (12 пт) без засечек (не используем Times New Roman, рекомендуется **Calibri, Arial, Tahoma, Verdana**)
- Слово «памятка» в названии нежелательно использовать
- Наличие информативных иллюстраций
- Отсутствие заливки фона (нужен контраст между темными буквами и белым фоном)
- Оформление с двух сторон одного листа (либо памятка в два сложения, либо европейский формат – 3 сложения)
- Данные о составителе размещать не надо, эмблему колледжа не размещаем

Подробные рекомендации представлены отдельным файлом

При подготовке санбюллетеня:

- Используется формат А 1 в альбомном расположении
- Слово «санбюллетень» в названии не используется
- Для взрослого населения используется соотношение иллюстрации – 20%, текст – 70%, пустое место – 10%.
- Для младших школьников: иллюстрации – 70%, текст – 20%, пустое место – 10%.

- Размер шрифта – 22-24 пт. (не менее 1 см в высоту при рукописном выполнении, буквы только печатные, видно должно быть с расстояния 1,5 метра; для заголовка шрифт может быть больше)

Подробные рекомендации представлены отдельным файлом

При создании мультимедийной презентации:

- На титульном слайде в правом нижнем углу указывается Фамилия имя составителя, эмблемы, логотипы не используем
- На последнем слайде размещаются ссылки на достоверные электронные ресурсы, выходные данные книг, которые может самостоятельно изучить пациент (не учебники!)
- На предпоследнем слайде размещается информация с краткими выводами по проведенному обучению (что узнали, что нужно делать)
- Формат слайда – стандартный (не широкоформатный)
- Фон слайда – светлый, без фоновых рисунков; шрифт контрастный - черный, темно-коричневый, темно-синий, темно-зеленый
- На одном слайде используется не более 3 цветов (один цвет для шрифта заголовка, другой для основного текста)
- Все заголовки – заглавными буквами (размер примерно – 32 пт)
- Основной текст – примерно 22 – 24 пт.
- Точки с запятой, точки на слайдах ни в заголовках, ни в конце предложений, перечислений не ставятся
- Не используем Times New Roman, рекомендуется Calibri, Arial, Tahoma, Verdana

Подробные рекомендации представлены отдельным файлом

При проведении гигиенического мероприятия важно учитывать возрастные особенности пациентов:

а) Младшие школьники, дошкольники

Общее время всего мероприятия – 15-20 минут с 2-мя физкультминутками, подвижными заданиями. Время оптимального сосредоточения – 5-7 мин. то есть каждые 7 минут надо менять ход урока (сначала отгадывали загадки, потом выполняли движения по заданию, потом хором повторяли самое главное).

Младшие школьники очень внушаемы, поэтому не сообщаем никаких явных симптомов заболеваний.

Занятие должно быть похоже на праздник, представление с 2-3-4 ведущими (фельдшер и старшеклассники), а не на лекцию. Желательно использование костюмов, масок. «Уголок здоровья» оборудуется в каждом классе начальной школы. Буквы названия и все надписи – большие и яркие. **Иллюстрации – 70%, текст – 20%, пустое место – 10%.** Желательны маленькие подарки и поощрения (закупают на деньги родительского комитета или делают на уроках труда старшеклассники).

б) Подростки

Время – 25-30 минут. Как варианты викторины, брейн – ринги. Уже не нужны костюмы, может быть один – два ведущих.

Хорошо реагируют на личный пример. Желательны экскурсии. Неприемлемы лекции в чистом виде. Возможно использование видео, аудиоматериалов, слайд-презентаций. Совместная деятельность – выпуск журнала, сайта, проведение конференций. Не занудствовать, не читать по бумажке монотонным голосом

в) Молодой возраст (до 35 лет)

Для человека характерны высокие показатели мыслительных функций, гибкость и подвижность в принятии решений, наиболее высокий потенциал обучаемости. При общении с пациентами этого возраста надо использовать стремление узнавать новое, учиться и воспринимать информацию.

После 25 лет любознательность несколько снижается, появляются собственное мнение, свое видение болезни и здоровья. Вредные привычки наиболее устойчивы, даже закоренелые. Человек лучше контролирует невербальный компонент коммуникации, чаще использует косвенную обратную связь.

В ходе развития взрослого человека имеет место возрастание степени обучаемости (приблизительно до возраста 35-40 лет).

При обучении или терапевтической беседе с пациентами данного возраста необходимо максимально учитывать важность конкретного знания, принципа здорового образа жизни для данного пациента. Важно найти логическое обоснование именно для конкретного случая, предположить, что заставит человека изменить свое поведение, избавиться от вредных привычек. Для мужчины 30-35 лет это может быть желание продолжить работать с той же интенсивностью или даже пойти на повышение, для женщины – возможность полноценно ухаживать за детьми, увидеть их взрослыми.

г) Зрелый возраст (35 – 60 лет)

Вербальные функции достигают самого высокого уровня после 40-45 лет. В то же время наблюдается некоторое снижение пластичности нервной системы, стереотипность мышления и поведения.

Воспринять, приспособиться к новому становится труднее, причем большинство людей не осознают происходящих в них изменений». Информации лучше придать облик чего-то знакомого, не настаивать прямо на том, что человек все эти годы неправильно питался или чистил зубы. Подобные утверждения только вызовут ответное неприятие, даже агрессию.

Позиция обучающего - «равный делится информацией с равным». Не ставьте себя выше, не берите роль наставника. Время – 10-15 минут (все занятые люди, кому надо подойдет индивидуально). Желательны видеоматериалы, слайд презентации, реальные цифры. Обязательны маленькие, краткие памятки.

При подготовке печатных и наглядных материалов: **иллюстрации – 20%, текст – 70%, пустое место – 10%.**

д) Пожилой возраст (старше 60 лет)

Люди старше 60 лет, как и маленькие дети, наиболее трудная в общении группа пациентов. В этом возрасте замедляются речевые реакции, беднеет объем невербальных компонентов, ослабевает образная память.

Пациент часто хорошо помнит то, что было много лет назад, но плохо запоминает текущую информацию и путает события недавнего прошлого. Все эти особенности могут затруднять сбор у пациентов необходимых сведений, приходится обращаться за помощью к родственникам. При обучении таких пациентов необходимо быть особенно тактичными и внимательными, терпеливо отвечать на вопросы, которые больные задают уже не первый раз.

Беседовать с пациентами данной группы лучше неторопливо, отчетливо, фиксируя наиболее важные моменты перефразированием или простым повторением. Необходимо предоставлять время для формулирования и обдумывания ответов. Поскольку пожилые люди демонстрируют значительные индивидуальные различия, то еще более значимым становится индивидуальный подход к пациенту. Требуется внимание к невербальной коммуникации.

Фельдшер должен дать достоверную информацию пациенту по вопросам рационального образа жизни, помочь в формировании здоровых привычек. Необходимо снабдить пациента печатной литературой по формированию здорового образа жизни. Основная задача — побудить пациента к самообслуживанию и поэтапному решению проблем. Фельдшер при посещении пациента на дому должен повторять свои рекомендации как можно чаще, давать их не только устно, но и письменно, а также показать соответствующие приемы ухода на практике. Нужно также убедиться в том, что пациент правильно понял советы. Для этого можно попросить его повторить или показать в действии то, что фельдшер рекомендует делать. Важно также проводить обучение уходу родственников пожилого пациента.

В разговорах с больными пожилого и старческого возраста недопустимо напоминание об их возрасте с намеками на естественный конец жизненного пути. Обращения к пожилым больным типа «бабуся», «дедуля», пусть даже используемые из лучших побуждений, свидетельствуют о низкой культуре медицинских работников. Надо помнить, что пожилые больные вполне заслужили обращение к ним по имени и отчеству безо всякой иронии.

3. Понятие о профилактическом консультировании

Профилактическое консультирование — это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии). Эти особенности принципиально отличают процесс

профилактического консультирования от методов санитарного просвещения. Профилактическое консультирование носит **адресный характер**.

Достижению цели профилактического консультирования способствует **принцип единства трех составляющих:**

- **информирование** пациента об имеющихся у него факторах риска НИЗ, методах их самоконтроля, необходимости выполнения рекомендации по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания и других врачебных назначений;
- **мотивирование** пациента и побуждение к принятию с его стороны активных действий по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни и соблюдению других врачебных рекомендаций;
- **обучение** пациента практическим навыкам с использованием преимущественно рекомендаций и активных форм их обсуждения с пациентом, что важно при обучении взрослых.

По результатам профилактического консультирования желательно, чтобы каждый пациент получил памятку по здоровому образу жизни или по коррекции выявленного у него фактора риска. Для получения оптимального результата, экономии времени профилактическое консультирование рекомендуется проводить по определенному алгоритму.

Различают **следующие виды профилактического консультирования:**

1. Разъяснение пациентам с факторами риска ХНИЗ мер по их снижению

Продолжительность 3–5 минут. Проводится в рамках профилактического осмотра медицинским работником отделения/кабинета медицинской профилактики, фельдшером ФАП или фельдшерского здравпункта. Проводится в момент выявления фактора риска ХНИЗ: при анкетировании, антропометрии, исследовании крови экспресс-системами, измерении АД. При выявлении факторов риска пациенту разъясняется информация о их уровне, влиянии на суммарный сердечно-сосудистый риск, возможных последствиях, эффективных способах профилактики и медицинских организациях, где пациент может получить квалифицированную помощь по коррекции выявленных факторов риска. Дополнительно можно использовать специально подготовленные брошюры и памятки.

2. Краткое профилактическое консультирование

Обязательный компонент 1 этапа диспансеризации, а также в ходе повседневного приема пациентов фельдшером. Ограничено по времени (**не более 10 мин**), пациент должен получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся факторов риска, краткие рекомендации по конкретным факторам риска.

3. Углубленное профилактическое консультирование.

Продолжительность 25–30 минут. Проводится на 2 этапе диспансеризации медицинским работником отделения/кабинета медицинской профилактики, фельдшером ФАПа или фельдшерского здравпункта.

Показания для индивидуального или группового углубленного профилактического консультирования в рамках диспансеризации:

- Выявление у граждан заболеваний/состояний и факторов риска: ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний, хронической ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезни, характеризующихся повышенным кровяным давлением.
- Выявленный по результатам анкетирования риск пагубного потребления алкоголя или потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.
- Возраст 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска или профилактики старческой астении.
- Выявление высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска или ожирения, или гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более.
- При установлении по результатам анкетирования дозы курения более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя или риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

4. Групповое профилактическое консультирование (школа пациента) - это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта повышается.

Обучение в группе усиливает действенность обучения – создается атмосфера коллектива, нивелируется чувство одиночества, улучшается эмоциональный контакт. Эффективность повышается за счет обмена опытом между пациентами, при

Алгоритм краткого профилактического консультирования

1 этап - Информировать пациента о выявленных заболеваниях, факторах риска, величине суммарного сердечно-сосудистого риска, уровнях артериального давления (АД), частоте сердечных сокращений, уровнях общего холестерина (при определении липидного спектра, о показателях липидных фракций), глюкозы крови, о результатах клинико-инструментальных исследований, установленной группе здоровья и, при показаниях, о необходимости и периодичности диспансерного наблюдения. Информировать о рекомендуемых для его возраста (пола) целевых уровнях факторов и показателей, к которым необходимо стремиться. Дать советы по основам самоконтроля артериального давления в домашних условиях (особенно важно при повышении артериального давления), основам и методам доврачебной самопомощи при острых состояниях, взаимопомощи. Информировать пациента о возможности получить в поликлинике углубленное профилактическое консультирование или посетить школу

пациента (график работы кабинета медицинской профилактики, центра здоровья, порядок записи на прием желающих бросить курить, снизить избыточную массу тела и др.)

2 этап - Объяснить пациенту с факторами риска их негативное влияние на здоровье и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важность постоянного контроля факторов риска.

3 этап - Оценить отношение пациента к факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни. Если пациент выражает желание к снижению факторов риска, рекомендовать ему обратиться в центр здоровья (пациентам 1-й и 2-й группы здоровья) или в отделение (кабинет) медицинской профилактики (пациентам 2-й и 3-й групп здоровья).

4 этап - Регистировать в амбулаторных картах факторы риска, рекомендации, сроки повторных контрольных визитов при необходимости.

5 этап - Контролировать выполнение рекомендаций, одобрять позитивные изменения и соблюдение рекомендаций, повторять советы при последующих визитах.

4. Организация работы Центров здоровья

Нормативно-правовая база, регулирующая деятельность ЦЗ:

- **Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 19 августа 2009 г. № 597н г. Москва «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»**
- **Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 октября 2020 года № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»**

Во всех регионах России в 2009 - 2010 гг. были открыты 502 Центра здоровья для взрослых и 193 Центра здоровья для детей при поликлиниках.

В Московской области организованы 28 Центров здоровья для взрослых и 8 Центров здоровья для детей.

Центр является структурным подразделением медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность (далее - медицинская организация). Центр рекомендуется создавать из расчета не менее чем на 200 тыс. населения.

Для организации работы Центра в его структуре рекомендуется предусматривать следующие структурные подразделения:

- 1) кабинет врача;
- 2) кабинет для проведения группового профилактического консультирования (школ пациента);
- 3) кабинеты тестирования, инструментального и лабораторного обследования;
- 4) кабинет гигиениста стоматологического;
- 5) кабинет лечебной физкультуры;
- 6) кабинет здорового питания.

Установленные приказом штатные нормативы:

- заведующий - врач по медицинской профилактике - 1,
- врач по медицинской профилактике - 1 на 40 тыс. взрослого населения, врач - психотерапевт или медицинский психолог – 1
- гигиенист стоматологический – 1
- инструктор по лечебной физкультуре – 1
- старшая медицинская сестра – 1
- медицинская сестра - 1 на 1 должность врача по медицинской профилактике
- медицинский оптик-оптометрист (медицинская сестра при условии прохождения дополнительного обучения) – 1.

Функции Центра здоровья

1. **проведение обследования граждан с целью оценки функциональных и адаптивных резервов здоровья, выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний.**
2. **индивидуальное консультирование граждан по вопросам ведения здорового образа жизни**
3. **проведение мероприятий по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний**, в том числе в форме индивидуального углубленного профилактического консультирования или группового профилактического консультирования (**школа пациента**), включающего оказание медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, для граждан, в том числе граждан с II и III группами состояния здоровья (по направлению медицинского работника, в рамках второго этапа диспансеризации);
4. **направление пациентов в необходимых случаях к врачам-специалистам**, включая направление граждан с табачной зависимостью в кабинет оказания медицинской помощи по прекращению потребления табака, а граждан с выявленным риском пагубного потребления алкоголя или риском потребления наркотических средств и психотропных веществ к врачу-психиатру-наркологу специализированной медицинской

- организации или иной медицинской организации, оказывающей наркологическую помощь;
5. **индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по вопросам здорового питания**
 6. **участие в проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;**
 7. **диспансерное наблюдение, включая назначение лекарственных препаратов для коррекции дислипидемии, за гражданами, имеющими высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний;**
 8. **организация и проведение мероприятий по информированию и мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни (в том числе в трудовых и учебных коллективах)**
 9. **обучение граждан правилам оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и их осложнениях**
 10. **информирование врачей медицинской организации, в составе которой организован Центр, о случаях выявления граждан с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний;**
 11. **повышение уровня знаний медицинских работников медицинской организации по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни;**
 12. **анализ распространенности факторов риска развития неинфекционных заболеваний, показателей заболеваемости, инвалидизации и смертности населения от указанных заболеваний.**

В состав комплексного обследования в Центре здоровья входят:

1. измерение роста и веса;
2. тестирование на АПК для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;
3. скрининг сердца компьютеризированный (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ- сигналам от конечностей);
4. экспресс-анализ для определения общего ХС и глюкозы в крови;
5. комплексная оценка функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный),
6. проверка остроты зрения, рефрактометрия, тонометрия, исследование бинокулярного зрения, определение вида и степени аметропии, наличия астигматизма;
7. диагностика кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений, болезней слизистой оболочки и регистрация стоматологического статуса пациента;
8. пульсоксиметрия;
9. ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического АД и расчетом ЛПИ*;
10. *биоимпедансметрия**;*

11. исследование на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в биологических средах организма**;
12. анализ котинина и других биологических маркеров в моче и крови**;
13. осмотр врача.

Примечание:

* - выполняется у пациентов старше 30 лет;

** - выполняется при наличии показаний.

5. Алгоритм проведения профилактического скрининга

1. Заполняется Карта пациента Центра здоровья, собирается анамнез, измеряется пациенту рост, вес, уровень его физического развития, а также артериальное давление с помощью **ростомера, весов, динамометра, тонометра, входящих в аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития**

Время на одно обследование – 1-2 минуты. (ростомер, весы и динамометр через USB-разъем подключены к ПК, данные автоматически вводятся в ПК)

2. **Определяется содержание углекислого газа в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина с помощью смекелайзера и анализатора окиси углерода в выдыхаемом воздухе.**

Результат:

- зеленый: 0—6 ppm (не курильщик)
- оранжевый: 7—10 ppm (легкий курильщик)
- красный: 10—20 ppm (курильщик)
- красный + звуковой сигнал: более 20 ppm (тяжелый курильщик).

Время на одно обследование – 1-2 минуты

3. **Проводится экспресс-анализ общего холестерина и глюкозы в крови.**

- Перед проведением анализа рекомендуется не употреблять пищу в течение не менее 12 часов
- За сутки перед анализом не употреблять жирные продукты (сыр, майонез, яйца), а также избегать употребления кофе, физической нагрузки
- Поверхность пальца не должна содержать следов мыла, этилового спирта
- Капля крови не должна выдавливаться

Время на одно обследование – 3-6 минут.

4. Оценивается функциональное состояние сердца с помощью системы скрининга сердца компьютеризированной (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей)

- Исследование проводится сидя
- Руки пациента лежат на коленях (поза «кучера»)

Время на одно обследование – 3-4 минуты. (при необходимости нагрузочной пробы – 6-8 минут)

5. Оценивается функция внешнего дыхания с помощью спирометра компьютеризированного

Спирометрию проводят утром на голодный желудок, допускается нежирный завтрак за 2 часа до процедуры. Для достоверности теста стоит придерживаться основных правил:

- отказаться от курения за несколько часов
- заменить утренний кофе на более здоровый напиток, например, сок
- в некоторых случаях лечащий врач может отменить для пациента применение медикаментов за несколько часов
- выбрать свободную одежду, в которой будет максимально удобно

За 20 минут до процедуры пациенту необходимо отдохнуть и восстановить дыхательные функции, находясь в состоянии покоя.

Время на одно обследование – 4-5 минуты.

6. Определяется композиция состава тела (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани) с помощью биоимпедансметра.

- За 1 час до диагностики необходимо исключить прием пищи и воды, за сутки - алкоголя
- Возраст, пол, рост, вес, объем талии, бедер и запястья заносятся в компьютер со специальной программой
- Исследование проводится в положении лежа на кушетке
- К руке и ноге подсоединяются электроды, подключенные к анализатору
- Кушетка должна быть достаточно широка для занятия пациентом правильной позы (правильная поза: руки (плечо) должны быть разведены под углом 45 градусов, предплечья могут располагаться параллельно корпусу).
- Ноги должны быть разведены относительно продольной оси, так, чтобы они не касались друг друга (20-25 градусов).
- От ближайшей стены до пациента должно быть не менее 15 см
- Расположение вблизи отопительной батареи недопустимо

Время на одно обследование – 3-4 минут.

7. Оценивается риск наличия обструктивных заболеваний артерий нижних конечностей и сочетанных патологий сердца и магистральных артерий головы с помощью: системы ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса.

Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) – это параметр, позволяющий оценить адекватность артериального кровотока в нижних конечностях. Значение ЛПИ показывает, насколько периферическая артериальная болезнь (ПАБ) может поражать конечности пациента, однако, оно не определяет место образования блокады или степень её развития.

$$\text{ЛПИ} = \text{sAD на лодыжке} / \text{sAD на плече}$$

Снижение ЛПИ до 0,95 и ниже – обструктивное поражение аорты или артерий нижних конечностей

Время на одно обследование – 6-8 минут.

8. На основе результатов проведенных ранее процедур, анамнеза и данных компьютерных опросников делается расчет индивидуального риска по стандартизированной методике в организованном программном продукте.

Далее пациент либо направляется на более углубленное обследование для уточнения диагноза у «узких специалистов» – кардиолога, эндокринолога, пульмонолога, гинеколога и т.д., либо получает рекомендации по ведению здорового образа жизни, отказу от вредных привычек, изменению рациона питания и т.д. Приглашается в «Школу здоровья» для прослушивания курса лекций.

Время на одно обследование – 5-25 минут (в зависимости от сложности случая)

Уровень квалификации персонала – врач общей практики, терапевт.

9. Проводится экспресс-анализ содержания никотина, алкоголя, наркотических веществ в моче, слюне с помощью тест-полосок*

Время на одно обследование – 0,5-1 минут.

Уровень квалификации персонала – сам пациент самостоятельно.

**Данные процедуры выполняются во время выездных мероприятий в образовательных учреждениях, на промышленных предприятиях, во время «ярмарок здоровья»*

10. При необходимости проводится экспресс-оценка насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (сатурация), частоты пульса и регулярности ритма с помощью пульсоксиметра

Норма сатурации – 95% и более

1 степень дыхательной недостаточности – 90 - 94%

2 степень дыхательной недостаточности - 75 – 89 %

3 степень дыхательной недостаточности – менее 75%

гипоксемическая кома – менее 60%

Возможные ошибки при пульсоксиметрии:

- яркий внешний свет и движения могут нарушать работу прибора
- неправильное расположение датчика
- красители, включая обычный темный лак для ногтей, могут спровоцировать заниженное значение сатурации
- при значениях гемоглобина ниже 50 г/л (анемия) может отмечаться 100% сатурация крови даже при недостатке кислорода
- отравление угарным газом (высокие концентрации карбоксигемоглобина могут давать значение сатурации около 100%)
- сердечные аритмии могут нарушать восприятие пульсоксиметром пульсового сигнала

Время на одно обследование – 1-2 минуты.

Центром здоровья для жителей сельской местности, проживающих в зоне ответственности центра здоровья, в плановом порядке могут проводиться **выездные акции**, направленные на пропаганду действий по формированию здорового образа жизни.

Гражданину, в том числе ребенку, обратившемуся (направленному) в центр здоровья, средним медицинским работником заводится **учетная форма № 025-ЦЗ/у «Карта центра здоровья»**, проводится тестирование на аппаратно-программном комплексе, обследование на установленном оборудовании, результаты которых вносятся в Карту, после чего гражданин, в том числе ребенок, направляется к врачу.

По окончании случая первичного обращения в центр здоровья, включающего комплексное обследование, на каждого гражданина заполняется **учетная форма № 002-ЦЗ/у «Карта здорового образа жизни»**, которая по желанию гражданина выдается ему на руки.

На каждого обратившегося в центр здоровья заполняется **учетная форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях»**

Сведения о гражданах, у которых выявлено подозрение на заболевание и которым необходимо наблюдение в кабинете медицинской профилактики, передаются в кабинет медицинской профилактики и врачу-терапевту участковому по месту жительства гражданина.

8. Цели и задачи деятельности Школ здоровья/Школ пациента

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Основной целью деятельности «Школы здоровья» пациента является формирование взаимной социальной ответственности медицинского персонала и пациента за сохранение здоровья и повышения качества жизни.

Основные задачи Школ пациента:

- **Повышение информированности пациентов о заболевании и его фактах риска.**
- **Повышение ответственности пациента за сохранение его здоровья.**
- **Формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача.**
- **Формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, оказанию первой помощи в случаях развития острых заболеваний или состояний, угрожающих их жизни и здоровью.**
- **Формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска: питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек.**
- **Формирование у пациентов практических навыков по анализу причин, факторов, влияющих на здоровье и обучение пациентов составлению плана индивидуального оздоровления.**

Результатом обучения в Школе является прогрессивное изменение представлений пациента о заболевании и его лечении, ведущее к изменению поведения, к умению управлять лечением заболевания в активном союзе с врачом.

«Школы здоровья» направлены на оптимизацию контроля заболевания путем формирования партнерства медработника и пациента для улучшения качества и увеличения продолжительности жизни пациентов; снижения стоимости болезни (прямых и непрямых затрат).

Школа здоровья создается на базе кабинета (отделения) медицинской профилактики, центра здоровья, дневного стационара или специализированного (терапевтического, кардиологического, эндокринологического, пульмонологического) отделения стационара медицинской организации, санатория-профилактория, санатория.

Деятельность «Школ здоровья» впервые была отражена в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.07.2001 года № 269 «О введении в действие отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги» (ОК СКМУ).

В настоящее время регламентируется приказом Минздрава России № 804н от 13.10. 2017 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»

Перечень Школ в соответствии с приказом Минздрава России № 804н от 13.10. 2017 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»

- В04.001.003 Школа для беременных
- В04.004.003 Школа для больных хроническим гепатитом
- В04.012.001 Школа для пациентов с сахарным диабетом
- В04.014.001 Школа пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)
- В04.015.001 Школа для больных с артериальной гипертензией
- В04.015.002 Школа для больных с сердечной недостаточностью
- В04.015.006 Школа для пациентов с врожденными пороками сердца
- В04.023.003 Школа для больных с рассеянным склерозом
- В04.023.004 Школа для больных с эпилепсией
- В04.023.005 Школа для больных с гиперкинезами
- В04.023.006 Школа для больных с болезнью Паркинсона
- В04.025.001 Школа для пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе
- В04.025.003 Школа для больных, находящихся на перитонеальном диализе
- В04.025.004 Школа для пациентов с хронической болезнью почек
- В04.035.008 Школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников
- В04.037.003 Школа для больных с бронхиальной астмой
- В04.037.004 Школа для больных с муковисцидозом
- В04.037.005 Школа для больных с туберкулезом
- В04.040.001 Школа для больных с заболеваниями суставов и позвоночника
- В04.057.003 Школа для пациентов с трансплантированным органом
- В04.058.001 Школа для эндокринологических пациентов с нарушениями роста
- В04.070.001 Школа психологической профилактики для пациентов и родственников
- В04.070.005 Групповое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний
- В04.070.007 Школа по отказу от потребления табака

- В04.070.006 Школа ухода за тяжелобольным
- В04.070.008 Школа психологической реабилитации для пациентов и родственников
- В05.069.008 Школа для пациентов с избыточной массой тела и ожирением

В приказе Минздрава России № 804н от 13.10. 2017 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» указано 27 наименований Школ, но отсутствуют Школы, которые указаны в целом ряде приказов Минздрава России, утверждающих Порядки оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, по профилю «пульмонология», «гастроэнтерология», «диетология» и другие

В соответствии с Методические рекомендации «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утв. Министерством Здравоохранения 22 октября 2019 г.), организация и работа Школ здоровья (Школ пациента) регламентирована как углубленное групповое профилактическое консультирование для пациентов:

а) с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;

б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;

г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курению более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;

В рамках 2 этапа диспансеризации приоритет отдан Школам по тематике факторов риска, Все остальные вышеперечисленные темы «Школ пациента/Школ здоровья можно рекомендовать как профилактические мероприятия диспансерного наблюдения.

Согласно вышеуказанным нормативным документам, в работе Школ принимают участие врачи и средние медицинские работники медицинского учреждения – службы медицинской профилактики, участковой службы, службы узких специалистов по профилям деятельности, в том числе врачи дневного и круглосуточного стационара. Главный врач медицинской организации своим внутренним приказом регламентирует работу «Школ пациента/школ здоровья».

Пациенты направляются на занятия в Школе лечащим врачом, врачом центра здоровья или специалистами любого профиля. Занятия в Школе имеют право проводить врач, фельдшер, медицинская сестра.

В соответствии с тематикой Школы здоровья и конкретного занятия могут принимать участие участковый (семейный) врач, кардиолог, диетолог, врач или инструктор по лечебной физкультуре (ЛФК), пульмонолог, эндокринолог, акушер-гинеколог, психотерапевт или психолог.

9. Принципы организации занятий в Школе здоровья

Контингент слушателей для занятий в Школе здоровья отбирается врачом или фельдшером на основании данных анамнеза, результатов клинико-инструментальных и биохимических исследований с учетом возраста, состояния здоровья и сопутствующих заболеваний, с относительно сходными характеристиками: например, пациенты с неосложненным течением артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца; пациенты с ишемической болезнью сердца, перенесшие инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, интервенционное вмешательство и др.; пациенты с высоким риском ССЗ без клинических симптомов болезни, пациенты с ожирением.

Не привлекаются к занятиям в Школе пациенты со значительной потерей зрения, слуха, с интеллектуально-мнестическими и эмоционально-психическими расстройствами, наличием острых заболеваний или хронических заболеваний в стадии обострения или декомпенсации.

Занятия в Школе носят циклический характер и проводятся в интерактивной форме.

Цикл обучения в Школе для пациентов включает в себя **не менее 4 занятий примерно по 60 - 90 минут.**

Рекомендуемая частота занятий – **1–2 раза в неделю** в амбулаторно-поликлиническом учреждении или **3–5 раз в неделю** в дневном стационаре, **отделении стационара, санатории-профилактории, санатории.**

Необходим контроль, чтобы **пациенты посетили все или большинство из запланированных занятий.**

Рекомендуемая численность пациентов в группе – **8 – 12 человек**, в процессе обучения не рекомендуется присоединение новых пациентов.

Рекомендуемое время проведения занятия: вторая половина дня, для удобства работающих пациентов, соблюдения лечебно-охранительного режима для лиц, находящихся на стационарном лечении.

Организация самоконтроля: во время занятий обучаемые ведут записи и Дневнике самоконтроля в соответствии с направлением Школы здоровья.

Каждое занятие включает информационный материал и активные формы обучения, направленные на развитие умений и практических навыков у пациентов. Вся наглядная информация, используемая в Школе, должна быть: красочной, демонстративной, запоминающейся, понятной, заинтересовывающей, доступной.

Цель деятельности медицинского работника при организации обучения пациентов – **дать соответствующие знания, обучить необходимым навыкам и умениям, сформировать мотивацию к изменениям нездоровых привычек и поддержать стремление пациента к оздоровлению и выполнению рекомендаций и назначений врача.**

В структуре каждого занятия **50%** отводится на освоение **практических умений по самоуходу, 20%** на теоретическое изучение **профилактических моментов, 20%** на обратную связь, дискуссию, ответы на вопросы, **10%** на возможные запросы на индивидуальное консультирование

Основой процесса формирования мотивации к оздоровлению поведения является **понимание пользы и важности тех или иных профилактических мер («за» и «против», «усилия» и «польза»)** для **конкретного индивидуума или группы пациентов.**

При проведении «школы здоровья» используются **принципы групповой рациональной терапии.** Формируется коллектив пациентов, который постепенно сам оказывает лечебное воздействие на участников. В условиях коллектива усиливаются внушаемость больного, формирование мотивации и ответственности за свое здоровье. В ходе занятия используются интерактивные формы обучения, ролевые игры.

Активная часть занятий может проводиться в разных формах и простых действиях:

- вопросы-ответы;
- заполнение вопросников, имеющих отношение к теме занятия, и обсуждение их результатов – по ходу обсуждения могут даваться целевые советы, что имеет более высокую эффективную и результативность, чем безадресные советы;
- проведение расчетов и оценок, например, расчет индекса массы тела, суточной калорийности и пр.;
- обучение практическим навыкам – измерения артериального давления, подсчета пульса и др.;
- знакомство со справочными таблицами и построение рациона и пр.

Программа обучения пациентов в школе здоровья может быть разработана на основе материалов, содержащихся в методических рекомендациях по организации проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения – раздел по углубленному профилактическому консультированию.

Обязательное оборудование Школы:

- помещение для занятий площадью 4 м² на 1 место, не менее 24 м²;
- столы и стулья в количестве 15 штук;
- доска (большой блокнот – флипчарт), мелки, бумага, фломастеры, ручки, карандаши;
- информационные материалы для пациентов (дневники, памятки, буклеты, плакаты и пр.).

Дополнительное (желательное) оборудование Школы:

- проектор (мультимедиа или оверхед), компьютер, экран;
- принтер, ксерокс, программное обеспечение для создания и обновления базы данных на прошедших обучение пациентов;
- аудио- и видеоаппаратура и аудио- и видеоматериалы;
- зал ЛФК.

В зависимости от профиля Школы необходимо и дополнительное оборудование.

Примерная схема построения цикла занятий в Школе пациента

Информация о причинах заболевания:

- ✓ Строение больного органа, его функция в организме
- ✓ Причины заболевания (желателен видеофильм)

Лечение:

- ✓ Схема применения медикаментозных препаратов
- ✓ Правила подготовки к исследованиям и манипуляциям
- ✓ Правила поведения во время обследований и манипуляций
- ✓ Принципы самоухода (практические умения)
- ✓ Действия в неотложной ситуации (криз, приступ)
- ✓ Обучение родственников.

Профилактика:

- ✓ Факторы риска
- ✓ Возможные осложнения
- ✓ Профилактические меры (необходимо сделать акцент на действительно эффективных и доступных мероприятиях, подчеркнуть необходимость преемственности и непрерывности профилактики осложнений).

Факторы, влияющие на качество жизни:

- ✓ Запреты
- ✓ Ограничения
- ✓ Режим труда и отдыха
- ✓ Питание (важен принцип доступности продуктов для всех пациентов)
- ✓ Физическая активность (занятие проводит инструктор ЛФК).
- ✓ Необходимость общения с окружающими, с природой, с самим собой (желательно участие психолога)

Психоэмоциональный статус пациента и его родственников

- ✓ Стадии переживания болезни
- ✓ Необходимость медикаментозного лечения на протяжении всей жизни или долгое время (занятия проводит психолог)

10. Оформление документации и оценка эффективности деятельности Школы здоровья

При организации Школы здоровья для пациентов в учреждении здравоохранения формируется следующий пакет документов:

- Приказы МЗ РФ о мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с различными заболеваниями и состояниями.
- Приказ главного врача медицинской организации об организации работы Школы здоровья
- Положение об организации работы Школы здоровья.
- Программа работы Школы здоровья
- Тематический план занятий Школы здоровья
- Методические материалы к каждому занятию
- Анкета для проведения опроса занимающихся до и после цикла обучения
- Журнал учета посещаемости;
- Отчеты, в т. ч. с анализом эффективности работы школы.

Для учета лиц, обученных в Школах пациента/Школах здоровья рекомендуется вести журнал (возможно в электронном виде как единый журнал с выделением страниц для каждой Школы по профилям).

Форма журнала учета утверждается приказом главного врача медицинской организации, например:

Ф.И.О.	Дата рождения	Домашний адрес	Место работы, телефон	Страховой медицинский полис	Основной диагноз	Осложнения	Сопутствующие заболевания	Занятия и дата их проведения							Подпись врача	Подпись пациента

Обучение пациентов в Школах с числом проведенных занятий и обученных пациентов должно быть отражено: в учетных формах № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и № 025/у «Галон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденных приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

Посещения в Школы здоровья кодируются по МКБ-10 кодом Z 72 и в дальнейшем сведения формируются в отчетную форму № 12 в таблицы «факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации (с профилактической и иными целями, из них проблемы, связанные с образом жизни)

Оценка эффективности обучения пациентов в Школе здоровья проводится после окончания каждого цикла обучения. Отдаленные результаты оцениваются через 1 год. Желательна оценка в дальнейшем ежегодно в течение 3-х - 5 лет

№ п/п	Наименование показателей	Источник информации	Величина показателя	
			Норматив	Факт
1.	Число обученных в Школе здоровья	Журнал учета Школы здоровья	50% пациентов диспансерной группы	
1.1.	Начавших обучения			
1.2.	Закончивших цикл занятий			
2.	Информированность о своем заболевании и факторах риска	Анкетирование пациентов до начала занятий, по окончании цикла занятий и через 1 год	100% обученных	
3.	Наличие навыков самоконтроля за своим заболеванием		80% обученных	
4.	Отсутствие вредных привычек		70% обученных	
5.	Целевые показатели			
5.1.	Нормальный уровень артериального давления	Амбулаторная карта пациента, дневник самоконтроля	70% обученных	
	Нормальный уровень холестерина в крови		70% обученных	
	Нормальный уровень глюкозы в крови (при сахарном диабете)		100% обученных	
	Полностью или частично контролируемая бронхиальная астма по критериям GYNA-2019		100% обученных	
6.	Частота обострений заболевания	Амбулаторная карта	Отсутствие	
7.	Число вызов скорой помощи			

8.	Частота госпитализаций			
9.	Возникновение осложнений заболевания			
10.	Соблюдение рекомендаций врача		100% обученных	