

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра Управления сестринской деятельностью

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ

(на примере ГБУЗ СО «Камышловская центральная районная больница»)

Факультет ПСР и ВСО
Направление подготовки Сестринское дело
Квалификация Академическая
медицинская сестра. Преподаватель
Допущена к защите: 29 мая 2017 г.
Зав.кафедрой Шурыгина Е.П.
д.м.н., доцент
Дата защиты 20 июня 2017 г.
Оценка отлично

Исполнитель: Зуева
Оксана Игоревна
Группа ЗСД – 413
Руководитель: Шардин С.А.
д.м.н., профессор
Нормоконтролер: Шурыгина Е. П.
д.м.н., доцент
Рецензент Миреткина С.В.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ	7
1.1. Формы обучения пациентов	7
1.2. Методы обучения пациентов	8
1.3. Типы и модели корпоративной культуры	11
1.4. Общие положения об организации проведения школ здоровья в медицинских организациях. Понятие «школа здоровья»	12
1.5. Учетно-отчетная документация в школах здоровья	14
2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В КАМЫШЛОВСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ	16
2.1. Характеристика Камышловской ЦРБ	16
2.2. Организационная структура Камышловской ЦРБ	17
2.3. Организация и проведение школ здоровья в Камышловской ЦРБ ...	23
2.4. Анализ эффективности деятельности школ здоровья в Камышловской центральной районной больнице	25
3. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В КАМЫШ- ЛОВСКОЙ ЦРБ	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	45
ПРИЛОЖЕНИЯ	

ВВЕДЕНИЕ

Свердловская область среди 85 субъектов Российской Федерации занимает (при ранжировании от наилучшего к наихудшему) по рождаемости 26 место, показателю общей смертности населения – 45 место, по показателю естественного прироста населения – 35 место, по смертности населения в трудоспособном возрасте – 40 место.

Хронические неинфекционные заболевания (сердечно–сосудистые, онкологические, хронические бронхо–легочные заболевания, сахарный диабет) в России являются причиной 75% всех случаев смерти взрослого населения. Эти заболевания тесно связаны с образом жизни и факторами риска (курение, нерациональное питание, низкая физическая активность, артериальная гипертензия, стресс и т.д.). В этих условиях возрастает роль профилактики заболеваний и их осложнений, что может существенно продлить жизнь пациента и повысить ее качество. Решению указанных задач способствует создание в системе первичного звена здравоохранения школ здоровья для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Обучение в школах определяется как помощь пациентам в приобретении и поддержании навыков, необходимых для максимального управления их жизнью в условиях хронического заболевания, либо в определенные периоды жизни (беременность, кормление новорожденного). Это лечебно–образовательный процесс, который является полноправной областью здравоохранения, составной и непрерывной частью ведения пациентов. Терапевтическое обучение ориентируется на пациента, создается с целью оказания помощи пациентам и их семьям в понимании своего заболевания, эффективном лечении, ведении здорового образа жизни, обучения уходу за собой, сотрудничества с медицинским персоналом, что, в конечном счете, ведет к улучшению качества жизни пациента.

Достижения современной медицины могут остаться нереализованными на практике, если между врачом и пациентом не будет сформировано

партнерских отношений и истинного сотрудничества. В конечном итоге только сам пациент выбирает, что ему предпринимать: следовать ли только рекомендациям врача по приему лекарственных препаратов, изменить ли привычный образ жизни, воспользоваться ли нетрадиционными методами лечения.

Одним из путей формирования сотрудничества врача и пациента является обучение больного в школах здоровья. Цель создания школ — научить пациента сохранить его здоровье, уменьшить проявления уже имеющегося заболевания и снизить риск развития осложнений.

Проведения образовательных программ среди пациентов позволяет снизить количество больных с тяжелыми формами патологии, частоту визитов к врачу и число госпитализаций, сократить сроки временной нетрудоспособности и снизить уровень первичной инвалидизации, уменьшить смертность, улучшить качество жизни пациента и выработать у него правильное отношение к своему заболеванию и лечению.

Многовековой опыт врачей показал, что лечение пациентов необходимо сочетать с их обучением. К сожалению, врач на амбулаторном приеме не располагает достаточным временем для подробной беседы о факторах риска развития хронических заболеваний, в частности артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета и бронхиальной астмы, а также методах немедикаментозной профилактики и лечения, о характере питания, мерах по снижению веса, способах отказа от курения и т.д.

Школы здоровья являются центрами повышения уровня информированности населения о заболевании, сознательного и активного участия больного в процессе обследования, лечения и профилактике, где обучают методам профилактики обострений заболевания, принципам здорового образа жизни, борьбе с факторами риска, помогающие предупредить развитие осложнений заболевания. Цель обучения в школах здоровья заключается в благоприятном изменении течения заболевания путем выявления и лечения его

на ранних стадиях, когда заболевание поддается лечению, предупреждению повторных осложнений и включает реабилитационные мероприятия.

В этой связи становится актуальным формирование здорового образа жизни и развитие физической культуры у пациентов путем комплексного подхода к профилактике и усилению контроля над поведенческими факторами риска.

Учитывая, что здоровье человека на 50% зависит от образа жизни, то есть поведения и отношения его к собственному здоровью. Одним из приоритетных направлений в деятельности медицинского персонала по охране здоровья является формирование у людей навыков здорового образа жизни, увеличение уровня санитарно-гигиенической культуры.

Хорошо спланированные и организованные мероприятия по формированию здорового образа жизни среди населения в школах здоровья способствуют снижению заболеваемости и смертности. Поскольку хронические неинфекционные заболевания имеют общие факторы риска поведенческого характера, то и подходы к их профилактике не являются ресурсоемкими, но могут дать ощутимый социально-экономический эффект.

Цель настоящего исследования заключается в повышении эффективности деятельности школ здоровья и разработке методических рекомендаций по совершенствованию их деятельности в Камышловской центральной районной больнице (ЦРБ).

Задачи исследовательской работы:

1. Изучить теоретические аспекты организации школ здоровья в медицинских организациях;
2. Проанализировать влияние обучения пациентов в школах здоровья на основные медико-социальные показатели;
3. Проанализировать влияние на пациентов в школах здоровья на улучшение качества жизни с хроническими неинфекционными заболеваниями;
4. Разработать рекомендации для улучшения эффективности деятельности школ здоровья в Камышловской ЦРБ.

Предметом исследования является процесс обучения пациентов с наиболее распространенными социально-значимыми заболеваниями, а объектом - эффективность деятельности школ здоровья.

Методы исследования, использованные в дипломной работе статистический и аналитический методы исследования, а также анкетирование пациентов.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Формы обучения пациентов

Обучение пациентов в школах здоровья осуществляется, как правило, с использованием различных форм, методов и средств обучения, которые должны соответствовать основным принципам обучения и быть обучающими, наглядными, актуальными, доступными, оптимистичными и нести воспитательную функцию [2].

Обучение населения в школах здоровья определяется как:

- индивидуальное – обучение, проводимое с отдельными индивидуумами;
- групповое – обучение, проводимое с группами лиц, имеющих сходные симптомы и факторы риска (целевые группы, группы высокого риска);
- массовое – обучение, охватывающее большие группы населения (популяцию) или все население в целом [3].

В школах здоровья обучение пациентов осуществляется преимущественно на групповом уровне. Групповое обучение имеет ряд преимуществ. Оно создает определенную атмосферу, помогает воспринять информацию в нужном свете, уменьшает чувство одиночества. Пациенты получают возможность обменяться опытом, получить поддержку, что способствует положительному восприятию процесса лечения. В ряде случаев используется индивидуальное обучение [4].

1. Лекция является массовой формой обучения, характеризуется наибольшей емкостью переработанной лектором информации. За небольшой период времени лектор должен изложить новый, большой материал. Для обучения пациентов могут быть использованы следующие виды лекций: лекция-беседа, или «диалог с аудиторией», является наиболее распространенной и сравнительно простой формой активного вовлечения

пациентов в обучающий процесс; проблемная лекция – сообщение пациенту информации, которая заставляет его задуматься и сделать выводы [5];

2. *Беседа* предполагает активное участие слушателей. Задача ведущего беседу заключается в том, чтобы сделать ее интересной путем наводящих вопросов, вовлекать слушателей в общий разговор. Состав аудитории от 1 человека (индивидуальная) до 5–7 человек (групповая) [5].

3. *«Круглый стол»* – это групповая форма работы, основанная на обсуждении конкретных вопросов, связанных с укреплением и охраной здоровья присутствующих, обменом мнениями [7].

4. *Памятка (брошюра)* дается пациенту с целью напомнить ему советы по укреплению и сохранению здоровья. Она рассчитана на конкретного человека, например, памятка больному, страдающему сахарным диабетом, памятка по контрацепции и др. [8].

5. *Стенная санитарная печать* (плакаты, сан бюллетени) – это массовое средство санитарного просвещения, которое наглядно, красочно и содержит конкретную информацию [9].

6. *Видео-демонстрация* – массовая форма работы, по оптимальным для здоровья стилям жизни и профилактике заболеваний. Целесообразно сочетать с выступлением по соответствующим аспектам укрепления и сохранения здоровья [10].

7. *Массовая оздоровительная кампания*, проведение её приближено к медицинским датам с целью привлечения внимания к конкретной проблеме. Предполагает участие большого количества человек с привлечением специалистов общего и узкого профиля [2]

1.2. Методы обучения пациентов

Метод обучения – способ упорядоченной взаимосвязанной деятельности учителя и учащихся, направленный на решение комплекса задач учебного процесса. Методы обучения могут быть:

1) словесный — информация излагается в устной форме: рассказ, беседы, лекции;

2) наглядный (иллюстративный) — используются медицинские атласы, картинки, видеофильмы, показываются предметы ухода, инструментарий и т.д.;

3) практический — проводится отработка практических манипуляций: измерения артериального давления (АД), смены повязки, введения инсулина, применения карманного ингалятора [11].

Выбор метода обучения зависит от:

- особенностей информации (учебного материала), его направленности на личность обучающегося;
- целей, задач педагогически направленной беседы в условиях лечебной ситуации;
- особенностей изложения материала с учетом личности больного или родственника;
- возрастной и индивидуальной специфики слушателя;
- уровня образованности, развития и воспитания слушателя;
- материально-технической оснащенности предлагаемого для восприятия материала;
- способностей и возможностей педагога, его мастерства, личностных качеств;
- времени на решение дидактических задач. [12]

Необходимо помнить, что степень усвоения информации зависит от методов обучения, в частности:

1. Лекция. является быстрым способом подачи необходимой информации, но, если лекция длинная не предполагает активного участия аудитории, она неэффективна. При чтении лекции усваивается 5% материала [6].

2. Аудиовизуальные методы. Демонстрация слайдов и видеофильмов делает процесс подачи информации более интересным, познавательным и привлекательным. Очень эффективное сочетание с другими способами

обучения. При данном методе обучения у пациента усваивается 20% материала. Преподавателю необходимо комментировать материал в процессе показа, поясняя проблемные моменты, либо после просмотра проводить разбор (дать возможность участникам задать вопросы и ответить на них), при необходимости можно прерывать просмотр с целью комментариев и обсуждения [13].

3.Наглядные пособия. В процессе получения информации пациент отдает предпочтение определенным органам чувств, одни усваивают материал, воспринимаемый с помощью зрения, другие – при помощи осязания или слуха. В целом материал усваивается на 30%. Используя наглядные пособия, можно помочь участникам с различными типами восприятия. Достаточно эффективно использование участниками собственных рисунков на доске или ватмане [14].

4.Обсуждение в группах. Это устный обмен мнениями между участниками занятия. Самые распространенные формы групповой работы – дискуссия и «мозговой штурм». Во время дискуссии иногда, особенно при обсуждении спорных вопросов, стороны не достигают единого мнения, но при этом формируются ценностные установки, запоминаются новые факты, которые впоследствии могут оказать влияние на поведение участников, материал усваивается на 50% [15].

5.Практические занятия. Слушателям предлагается представить себя в той или иной роли при решении сложных жизненных ситуаций, связанных со здоровьем. Темы для практических занятий могут быть различны, но следует копировать жизненные ситуации, имевшие место в реальной жизни слушателей. На практическом занятии участники играют роль пациента. Исполняя чью-то роль, слушатель может больше узнать о своих желаниях, стремлениях, привычках, стиле поведения, увидеть ситуацию глазами другого человека [16].

1.3. Общие положения об организации проведения школ здоровья в медицинских организациях. Понятие «школа здоровья»

Основная цель школ здоровья – оптимизация, совершенствование доступности и улучшение качества оказания медицинской профилактической помощи населению [1].

Школа здоровья создается на базе амбулаторно-поликлинического отделения (учреждения), в том числе кабинета (отделения) медицинской профилактики, центра здоровья, дневного стационара или специализированного (терапевтического, кардиологического, эндокринологического, пульмонологического) отделения стационара учреждения здравоохранения, санатория-профилактория [1].

Школа организуется в соответствии с приказом главного врача медицинской организации для каждого вида школ в рамках штатного расписания. В приказе утверждаются руководитель школы, порядок и формы направления пациентов на обучение в школе, график проведения школы на год [1].

Руководство школой осуществляет врач или медицинская сестра, имеющая высшее медицинское образование по управлению сестринской деятельностью. Занятия в школах имеют право проводить медицинские работники, в том числе врач, медицинская сестра, имеющие документ о прохождении цикла тематического усовершенствования, дающего право на обучение пациентов. Периодичность обучения на цикле тематического усовершенствования – не реже 1 раза в 5 лет. На практических занятиях материал усваивается на 70%. Ответственность за подготовку специалистов для проведения школ несет руководитель ЛПУ [1].

В школы для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями направляются пациенты с неосложненным течением артериальной гипертензией, бронхиальной астмой вне фазы выраженного обострения, сахарным диабетом.

В школу психологической подготовки семьи к рождению ребенка направляются женщины во 2–3 триместрах беременности.

В школу для курящих пациентов направляются желающие бросить курить.

Цикл обучения в школах для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и в школе психологической подготовки семьи к рождению ребенка включает в себя 5 занятий по 90 минут. Рекомендуемая частота занятий 1–2 раза в неделю в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Цикл обучения в школе для желающих бросить курить составляют 2 занятия по 145 минут с периодичностью 1–2 занятия в неделю и телефонное консультирование (160 минут) [1].

Рекомендуемая численность пациентов в группе – 10–12 человек.

Пациенты направляются на занятия в школу лечащим врачом(фельдшером).

Анализ деятельности и контроль качества обучения пациентов в школах здоровья осуществляется руководителем школы.

Школа здоровья – это медицинская профилактическая технология, основанная на совокупности индивидуального и группового воздействия на пациентов и направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению того или иного заболевания, повышение приверженности пациентов к лечению для профилактики осложнений заболевания, улучшения прогноза и повышению качества

1.4. Задачи организации школ здоровья в медицинских организациях

Школы здоровья, являются организационной формой обучения целевых групп населения по приоритетным проблемам укрепления и сохранения здоровья. Основной целью подобных школ является формирование

определенной культуры отношения к укреплению здоровья, профилактике заболеваний с учетом потенциальных и имеющихся проблем [17].

Основными задачами школы здоровья для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями являются:

- повышение информированности пациентов о заболевании и его факторов риска;
- повышение ответственности пациентов за сохранение своего здоровья;
- формирование рационального и активного отношения пациентов 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 доврачебной помощи в случаях обострений и кризов;
- 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.

Основными задачами школы психологической подготовки семьи к рождению ребенка являются:

- информирование семьи о психологических аспектах протекания беременности и родов;
- формирование отношения женщины к родам как к естественному физиологическому процессу;
- снижение уровня тревоги женщины за исход беременности и родов;
- мотивация женщины на грудное вскармливание ребенка;
- повышение информированности будущих мам об особенностях психофизического развития, питания и ухода за ребенком первого года жизни;

- укрепление внутрисемейных отношений.

Основными задачами школы для желающих бросить курить являются:

- а) повышение информированности слушателей о влиянии компонентов табачного дыма на здоровье, об эффективных методиках отказа от курения;
- б) определение курительного статуса;
- в) повышение мотивации к отказу от курения;
- г) разработка индивидуального плана по отказу от курения;
- д) повышение ответственности слушателей за сохранение своего здоровья;
- е) поддержка выпускников школы.

1.5. Учетно-отчетная документация в школах здоровья

Учетно-отчетная документация в школах здоровья включает в себя:

1. Журнал регистрации пациентов, обучающихся в школе здоровья.

Учёт пациентов, обучающихся в школах здоровья, осуществляется в отдельном журнале для каждого вида школы. В журнале заполняется таблица на каждый цикл занятий (табл. 1). Отметка о присутствии пациента на занятии должна сопровождаться полной подписью фамилии медицинского работника, проводящего занятие. Целесообразно перед началом первого занятия предложить пациентам заполнить анкеты для получения информации согласно графам таблицы (2-4). [8]

Таблица 1 – Образец заполнения журнала регистрации пациентов, обучающихся в Школе здоровья

№	ФИО пациента	Возраст	Контактный телефон	Даты занятий				
				Отметка о присутствии (✓)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

2. Медицинская карта амбулаторного больного.

В амбулаторной карте должны быть записи о начале обучения в школе здоровья, даты и темы каждого занятия, заверенные медицинским работником, проводившим занятие. Для тех, кто прошел обучение в школе здоровья, на лицевой стороне медицинской карты амбулаторного больного ставится отметка «школа (наименование школы)», с указанием даты завершения занятий в школе.

3. Отчет о работе школы ежегодно предоставляется в период сдачи годового статистического отчета ЛПУ в форме № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» и в форме «Сведения о деятельности ЛПУ по медицинской профилактике», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Свердловской области № 856-п от 17.09.2007 г.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В КАМЫШЛОВСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ

2.1. Характеристика Камышловской ЦРБ

В 1871 году в Камышлове было население немногим более двух тысяч человек, и городская больница на 24 кровати – это было немало. А вот земская больница с 10-ю кроватями на 178 тысяч населения уезда – это капля в море. В этот период в Камышловском уезде был один врач, и то не всегда. В течение 1871 года в уезде сменились четыре врача – Португалов, Рязанов, Шмонин и Талиев. Последний ещё наблюдал пациентов, лечившихся на Обуховских минводах. На весь уезд было пять фельдшеров. Это Черкасов, Шамарин, Едренкин, Григорьев и Иванов. Они и боролись с эпидемиями в уезде. Ещё были три повивальных бабки. Им было вменено в обязанность обучать своему ремеслу способных женщин на повитух.

На сегодняшний день ГБУЗ СО «Камышловская центральная районная больница» является многопрофильным медицинским учреждением, оказывающим первичную медико-санитарную, стационарную круглосуточную специализированную помощь взрослому и детскому населению. Руководит больницей с 2004 года по сегодняшний день главный врач, доктор медицинских наук Закачурина Ирина Валентиновна.

В больнице трудится 723 сотрудника, из них 57 врачей, 521-средних медицинских работников, 145 сотрудников- прочий персонал. Пациентам доступны все диагностические и лечебные технологии, использующиеся в ГБУЗ СО «Камышловской ЦРБ» и по необходимости, организуются консультации высококвалифицированных специалистов областных медицинских учреждений.

ГБУЗ СО «Камышловская ЦРБ» включает в свой состав:

- Диагностический центр – функциональная диагностика, лабораторная диагностика, эндоскопическое отделение.

- Стационар – акушерское отделение, гинекологическое отделение, хирургическое отделение, терапевтическое отделение (с неврологическими койками), реанимационно-анестезиологическое отделение, инфекционное отделение, детское отделение, фтизиатрическое отделение, рентгенологическое отделение, отделение скорой и неотложной медицинской помощи. Коечный фонд Камышловской ЦРБ составляет 200 коек.

- Амбулаторно-поликлиническая помощь - взрослая поликлиника, детская поликлиника, женская консультация, отделение медицинской профилактики, 22 фельдшерско-акушерских пункта. Мощность поликлиники - 800 посещений в смену.

- Администрация ЛПУ

- Станция переливания крови

2.2. Организационная структура Камышловской ЦРБ

Организационная структура - один из важнейших инструментов управления. С её помощью в соответствии с задачами учреждения формируется количество и качество исполнительных структур, определяя связи между ними - линейные (определяющие отношения подчинения) и горизонтальные (предназначенные для согласования действия).

Организационная структура Камышловской ЦРБ представлена на рис.1.



Рисунок 1- Организационная структура Камышловской ЦРБ

На основе организационной структуры учреждения между его подразделениями распределяются ресурсы, а между работниками - задачи, обязанности, права и ответственность.

Заместитель главного врача по медицинской части курирует работу следующих отделений:

- Хирургическое отделение
- Отделение реанимации и интенсивной терапии
- Детское отделение
- Терапевтическое отделение
- Инфекционное отделение
- Акушерское отделение
- Гинекологическое отделение
- Фтизиатрическое отделение
- Отделение скорой и неотложной медицинской помощи;
- Дневной стационар (хирургия, терапия, детство)

Таблица 2 – Организационная структура поликлиник

<i>Взрослая поликлиника</i>	<i>Детская поликлиника</i>	
- кабинет неотложной помощи	- кабинет неотложной помощи	
- приемы: терапевт, офтальмолог, стоматолог, оториноларинголог, кардиолог, невролог, хирург, травматолог, эндокринолог, инфекционист, психиатр, нарколог, дерматовенеролог	- приемы: педиатрия, офтальмолог, оториноларинголог, хирургия- травматология-ортопедия, стоматология, неврология, психиатрия, наркология	
- кабинет доврачебного приема	<i>Старший ординатор</i>	
	- Участковая сеть (7 участков)	<i>Дошкольно-школьное отделение</i>
	- Консультативный прием детей	- профилактические осмотры несовершеннолетних
Отделение медицинской профилактики	- Программа детского питания	- диспансеризация детей сирот, находящихся в стационарных условиях
		- диспансеризация детей, опекаемых

	<i>Информационные технологии</i>	- отчетная документация
<i>Клиническая диагностика:</i> Рентген УЗИ Функциональная диагностика Лабораторная диагностика Эндоскопия	- прикрепление населения - выписка больничных листов АСУЛОН - выписка льготных рецептов- врачебная комиссия - оказание экстренной и неотложной помощи - взаимодействие с узкими специалистами	

Врач-методист осуществляет контроль:

- 21 фельдшерско-акушерский пункт
- 1 передвижной ФАП
- выездная поликлиника – взрослая, детская
- Центр здоровья для детей

Заведующий женской консультацией курирует работу женской консультации.

Анализ персонала Камышловской ЦРБ

На 01.01.2017 года трудоустроено 723 сотрудника. 57 человек врачебный персонал, 521 человек средний медицинский персонал, 145 человек прочий персонал.

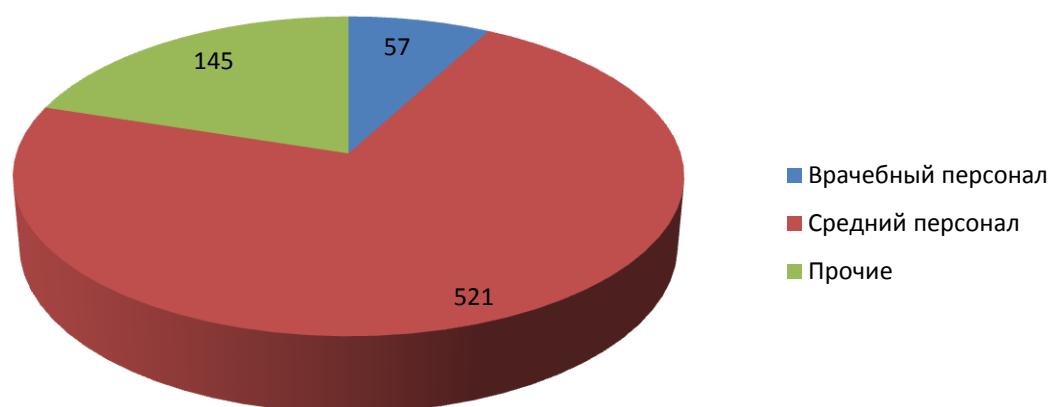


Рисунок 2 - Анализ кадрового состава Камышловской ЦРБ

Из представленных на рисунке 2 материалов видно, что врачей 57 человек, что составляет 7,7%, среднего медицинского персонала 521 человек, что составляет 72%, и прочий персонал 145 человек, что составляет 20,3%. В численности сотрудников Камышловской ЦРБ преобладают лица, имеющие среднее медицинское образование.

Далее проанализируем структуру персонала Камышловской ЦРБ по полу и возрасту (рис. 3).

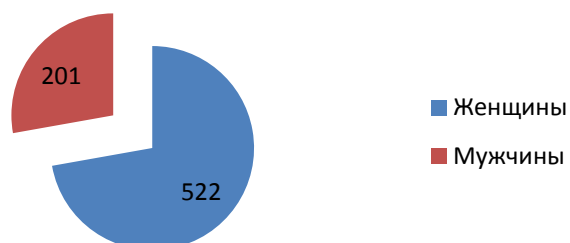


Рисунок 3- Структура персонала Камышловской ЦРБ по полу

Таким образом, в Камышловской ЦРБ преобладает женский персонал 72,1% (522 человека), мужчин 201 человек, что составляет 27,8%.

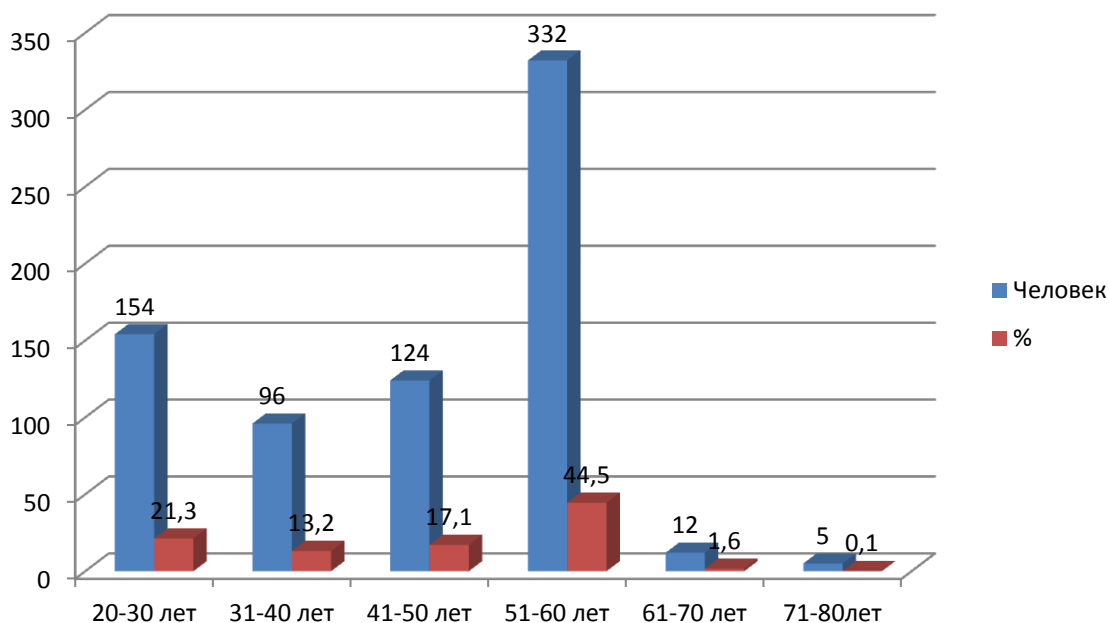


Рисунок 4- Анализ сотрудников Камышловской ЦРБ по возрасту

В соответствии с материалами рисунка 4 видно, что преобладают сотрудники в возрасте 51-60 лет, что составляет 44,5%.



Рисунок 5 - Структура коллектива сотрудников Камышловской ЦРБ в соответствии с их квалификационными категориями

В соответствии с материалами, представленными на рисунке 5, первую и высшую квалификационную категорию имеют почти одинаковое количество сотрудников. Всего 10,8% имеют вторую категорию-это сотрудники имеющий опыт работы от 3-5 лет. Не имеют квалификационную категорию молодые специалисты, стаж работы, которых не позволяет сдать экзамен на квалификационную категорию. В Камышловской ЦРБ организуется обучение персонала, обеспечивающее его непрерывность: повышение квалификации специалистов является продолжением базовой подготовки. Врачебный и средний медицинский персонал постоянно посещают обучающие конференции и семинары.

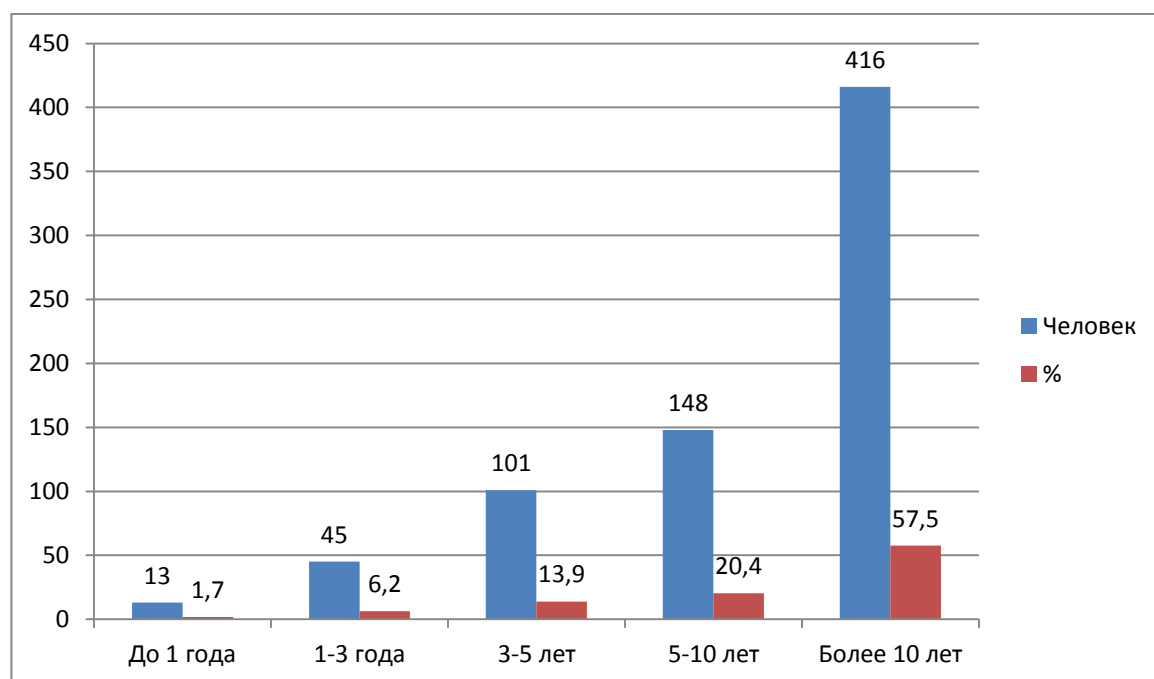


Рисунок 6 - Анализ сотрудников Камышловской ЦРБ по стажу работы

Анализ структуры персонала по стажу работы, представленному на рисунке 6, необходим потому, что новые работники возможно из-за отсутствия опыта работы не сразу овладевают требуемыми навыками необходимыми для работы в данном учреждении.

В Камышловской ЦРБ преобладают сотрудники со стажем работы более 10 лет, что составляет 57,5%.

Укомплектованность врачебными кадрами из расчёта на 10.000 населения составляет -0,5. Не хватает таких специалистов как: педиатры, терапевты, окулист, кардиолог, анестезиолог-реаниматолог.

Укомплектованность средним медицинским персоналом из расчета на 10.000 населения составляет -0,4. Не хватает фельдшеров на фельдшерско-акушерских пунктах, станции скорой медицинской помощи.

Текучесть кадров за 2015-2016 гг. в Камышловской ЦРБ составляет 6%.

2.3. Организация и проведение «Школ здоровья» в Камышловской ЦРБ

Камышловская ЦРБ обслуживает городское и сельское население численностью 55236 человек. Численность детского населения 11437 человек, численность взрослого населения 43799 человек.

В состав Камышловской ЦРБ входит 16 отделений. Школы здоровья проводятся в отделении профилактики, которое находится в поликлинике. Отделение профилактики находится в подчинении у заведующей поликлиники, так как нет физического лица для назначения на должность заведующего отделением профилактики.

Школы здоровья проводятся на основании приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от 19.02.2012 №250-п «Об организации и проведении профильных школ здоровья в медицинских учреждениях Свердловской области, и приказа главного врача Камышловской ЦРБ от 13.03.2013 №247 «Об организации и проведении школ здоровья в Камышловской ЦРБ».

В отделении профилактики функционируют следующие школы здоровья:

- 1.Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией-проводит врач-терапевт;
- 2.Школа здоровья для пациентов с бронхиальной астмой-проводит врач-терапевт;

3.Школа здоровья для желающих бросить курить-проводит врач-нарколог;

4.Школа здоровья для пациентов, страдающих сахарным диабетом-проводит врач-эндокринолог;

5.Школа психологической подготовки семьи к рождению ребенка-проводит врач – гинеколог;

Занятия в школах здоровья проводятся еженедельно. На каждую школу разработан план занятий. Контингент слушателей для занятий в школе здоровья отбирается врачом (фельдшером) на основании данных анамнеза, результатов клинико-инструментальных и биохимических исследований с учетом возраста, состояния здоровья и сопутствующих заболеваний;

Не привлекаются к занятиям в школах пациенты с нарушением когнитивных функций, наличием острых заболеваний или хронических заболеваний в фазе обострения или декомпенсации;

Занятия в школах носят циклический характер и проводятся в интерактивной форме. Численность пациентов в группе составляет 8–12 человек, при этом в процесс обучения не рекомендуется присоединение новых слушателей;

Продолжительность обучения пациентов – 1–2 месяца, рекомендуемое число занятий 6–8, продолжительность занятия – 1–1,5 часа;

Структура занятия в соответствии с затрачиваемым временем:

- 20-30% – лекционный материал;
- 30-50% – практические занятия;
- 20-30% – ответы на вопросы, обсуждение, дискуссия;
- 10% – индивидуальное консультирование.

Организация самоконтроля во время занятий - обучаемые ведут записи в дневнике самоконтроля в соответствии с профилем школы здоровья.

Кабинет для проведения школ здоровья оборудован:

- помещение для занятий площадью 25 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.).

2.4. Анализ эффективности деятельности школ здоровья в Камышловской ЦРБ

Сахарный диабет, бронхиальная астма и артериальная гипертензия являются социально значимыми заболеваниями. Социальная значимость заболеваний может снижаться при целенаправленном и эффективном воздействии на основные факторы риска, вызывающие и поддерживающие эти заболевания. В данной ситуации было бы логичным провести анализ эффективности школ здоровья именно по этим заболеваниям, поскольку профилактическая медицинская помощь на сегодняшний день является одним из главных направлений в медицине. Предполагается, что дополнительные знания, приобретенные в школах здоровья, позволят желающим и заботящимся о своем здоровье гражданам сохранить трудоспособность, приемлемый уровень качества жизни, снизить риск возникновения осложнений.

1. Оценка объема и полноты профилактической помощи в школах здоровья. Показатели объема и полноты оцениваются ежегодно – за прошедший год, и, начиная со второго года, – за весь период с начала функционирования школы:

- количество пациентов, обученных в школах;
- % обученных пациентов от общего количества пациентов, состоящих на учете.

2. Оценка организации и качества обучения в школах здоровья.

Оценка организации и качества обучения в Школе здоровья проводится на основании опроса пациентов, на последнем занятии.

В условиях любого вида профессиональной деятельности важна оценка проводимой работы (оказания помощи и пр.) по комплексу параметров. Наиболее простая оценка – введение статистических форм регистрации и отчетности, которая, как правило, дает характеристику количественной стороне деятельности.

Результаты деятельности профильных школ здоровья в Камышловской ЦРБ за 2015-2016 гг.

Таблица 4 - Количество проведенных циклов обучения в школах здоровья в 2015-2016 гг.

Название «Школы здоровья»	Количество проведенных циклов		Количество обученных человек	
	2015 год	2016 год	2015 год	2016 год
Школа здоровья для пациентов с сахарным диабетом	21	31	124	246
Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией	17	29	211	364
Школа здоровья для желающих бросить курить	5	10	21	56
Школа психологической подготовки семьи к рождению ребенка	18	34	174	217
Школа здоровья для пациентов с бронхиальной астмой	8	14	87	127

Как следует из материалов таблицы 4, за 2 года деятельности школ здоровья, количество обученных пациентов увеличилось в 2 раза.

Анализ эффективности деятельности профильных школ здоровья проводился по следующим количественным показателям:

- число пациентов с данной нозологией, прошедших обучение в профильной школе,
- доля обученных пациентов из числа зарегистрированных с данной нозологической формой заболевания;
- доля обученных пациентов из числа впервые выявленных в данном году;
- доля пациентов, прошедших полный цикл обучения;

- динамика охвата пациентов обучением в профильных школах из числа зарегистрированных;
- динамика охвата пациентов обучением из числа впервые выявленных.

Анализ эффективности деятельности школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией

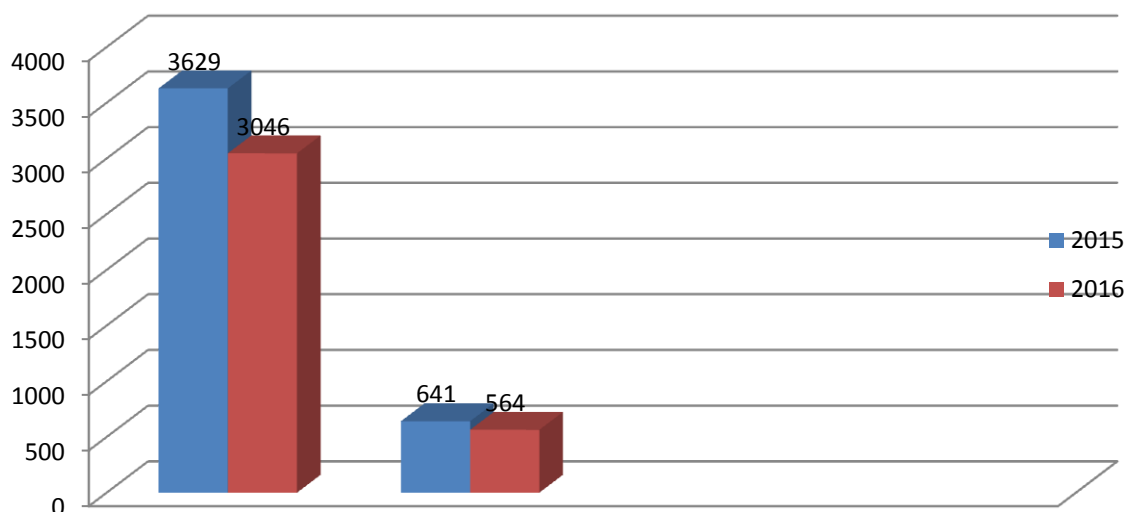


Рисунок 7 -.Заболеваемость артериальной гипертензией у жителей Камышловского городского округа за 2015-2016 гг.

В 2016 году показатель общей заболеваемости артериальной гипертензией на 1000 населения по сравнению с 2015 годом уменьшился на 10,5, первичной заболеваемости уменьшилась на 0,1 (рис. 7).

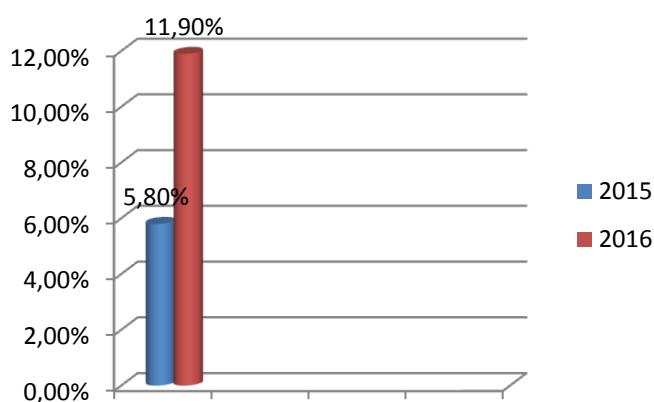


Рисунок 8 - Доля обученных пациентов из числа зарегистрированных больных в школе здоровья с артериальной гипертензией

В 2016 году доля обученных пациентов из общего числа зарегистрированных больных увеличилась на 6,1%. (рис. 8)

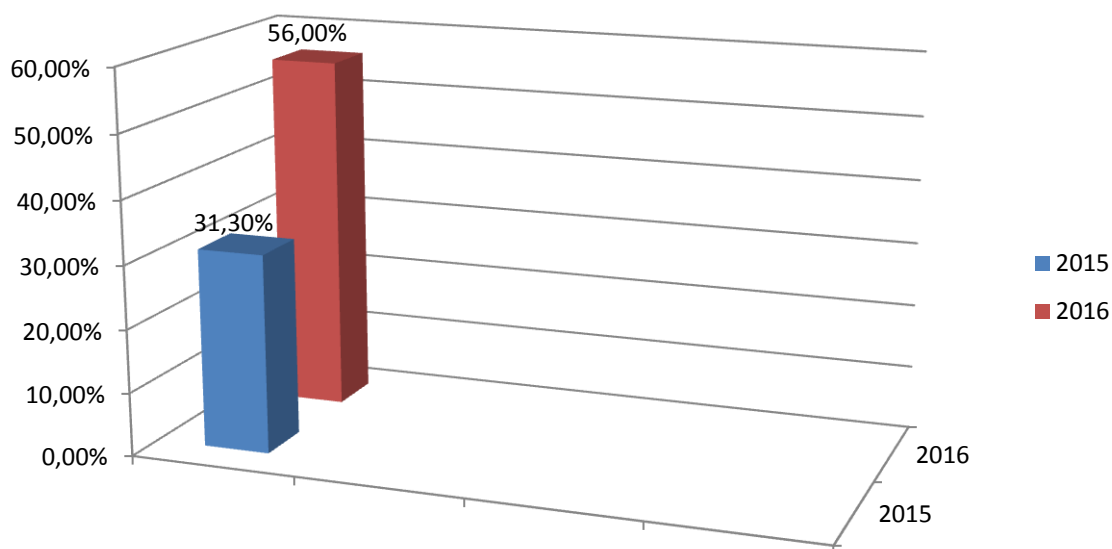


Рисунок 9 - Доля обученных пациентов из числа впервые выявленных в школе здоровья с артериальной гипертензией

В 2016 году доля обученных пациентов из числа впервые выявленной артериальной гипертензией увеличилась на 24,7% (рис. 9).

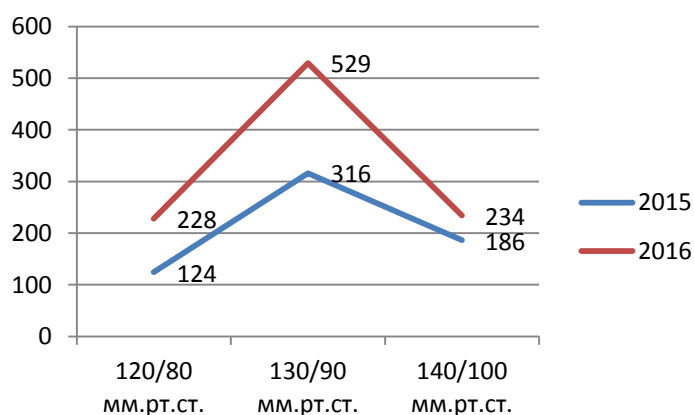


Рисунок 10 - Число лиц со стабильными цифрами артериального давления у пациентов состоящих на диспансерном учете с артериальной гипертензией

В соответствии с материалами рисунка 10 видно, что число пациентов со стабильными цифрами артериального давления увеличилось. Это связано с тем,

что пациенты регулярно принимают антигипертензивные препараты, ведут дневник артериального давления, выполняют рекомендации лечащего врача и врача, проводившего цикл обучения в школе здоровья.

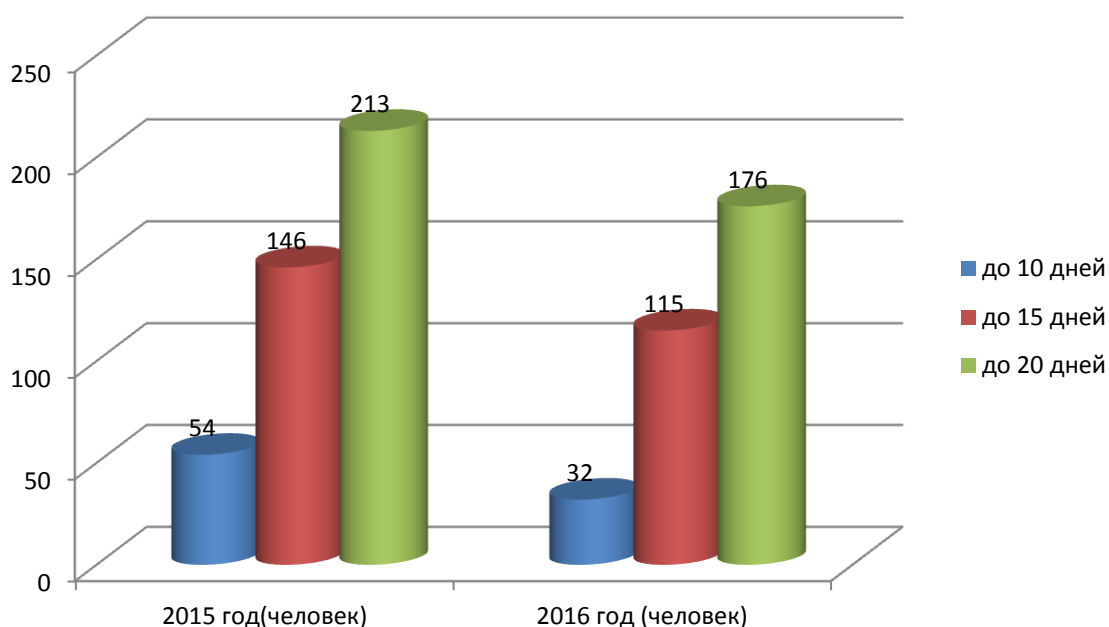


Рисунок 11 - Сроки пребывания на листке нетрудоспособности пациентов с артериальной гипертензией

Как видно из рисунка 11 число пациентов, находившихся на листке нетрудоспособности с диагнозом: «Артериальная гипертензия» снизилось, поскольку пациенты обученные в школе здоровья регулярно принимают лекарственные препараты, цифры стабильного артериального давления стабилизируются, снижается число сердечно-сосудистых осложнений, снижается число гипертонических кризов и число лиц, нуждающихся в листке нетрудоспособности.

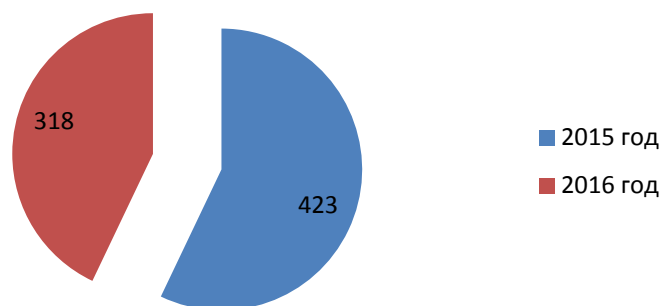


Рисунок 12- Число зарегистрированных гипертонических кризов

Число гипертонических кризов уменьшилось в 2016 году, в связи с постоянным приемом лекарственных препаратов и выполнением рекомендаций врача (рис. 12).

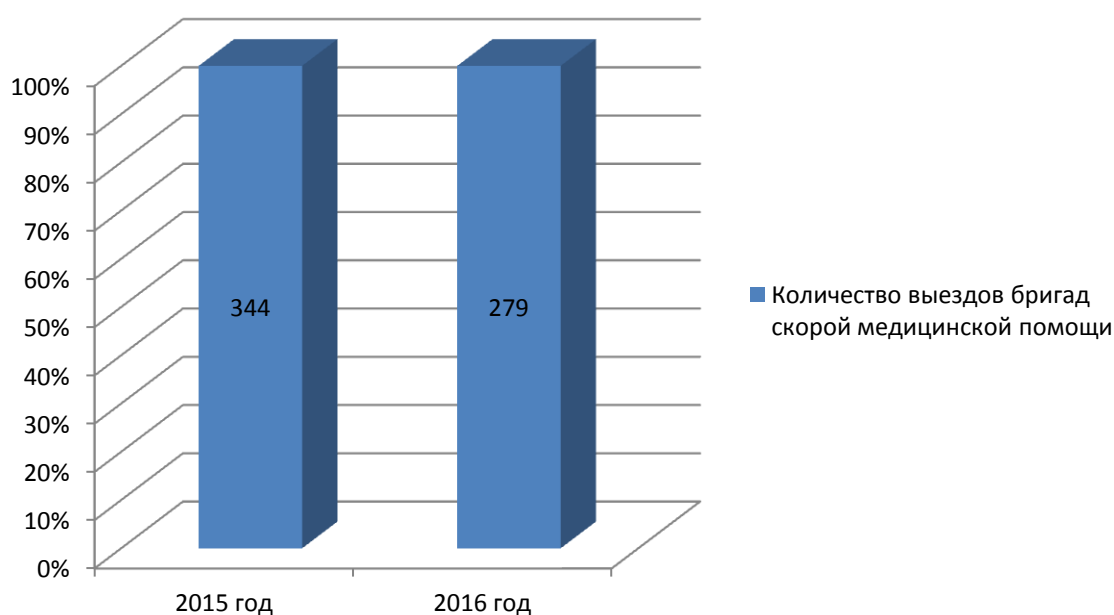


Рисунок 13 - Количество выездов бригад скорой медицинской помощи

Особо следует отметить уменьшение числа выездов бригад скорой медицинской помощи к пациентам с артериальной гипертензией (рис. 13), осложненным гипертоническим кризом (2015 год- 344 вызова, 2016 год- 279 вызовов, количество вызовов уменьшилось на 18.8%), в связи с умением оказать

доврачебную помощь при гипертоническом кризе пациентами, прошедшими обучение в школе здоровья. Это позволило определить общую сумму экономии денежных средств в размере 91000 тысяч рублей. Стоимость одного вызова скорой медицинской помощи составляет 1400 рублей.

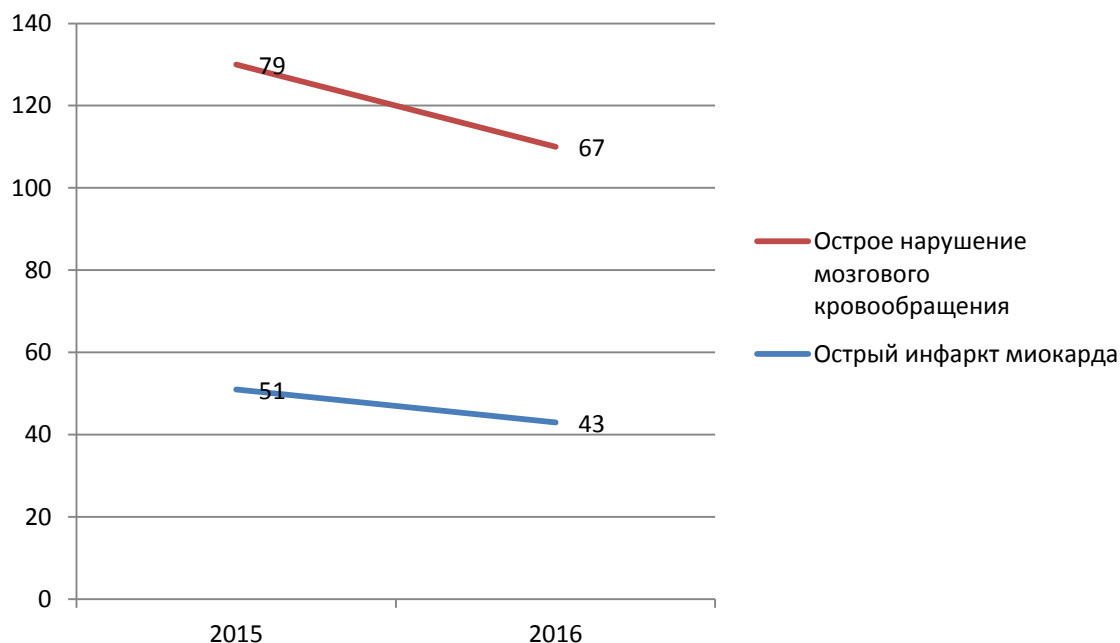


Рисунок 14 - Сердечно-сосудистые осложнения артериальной гипертензии

Непрерывность лечения, постоянный прием лекарственных препаратов и наблюдение врача, позволили снизить риск сердечно-сосудистых осложнений. Из рисунка 14 видно, что сердечно-сосудистые осложнения артериальной гипертензии в 2016 году снизились (в 2015 году острого нарушения мозгового кровообращения зарегистрировано 79 случаев, а в 2016 году - 67случаев; острый инфаркт миокарда имел место в 51 случае в 2015 году и 43 случаев- в 2016 году).

Кроме того, на последнем занятии цикла обучения в школе здоровья для пациентов проводится анкетирование, для определения оценки и качества обучения в школе здоровья.

Организация обучения в целом по результатам анкетирования слушателей в школе здоровья.

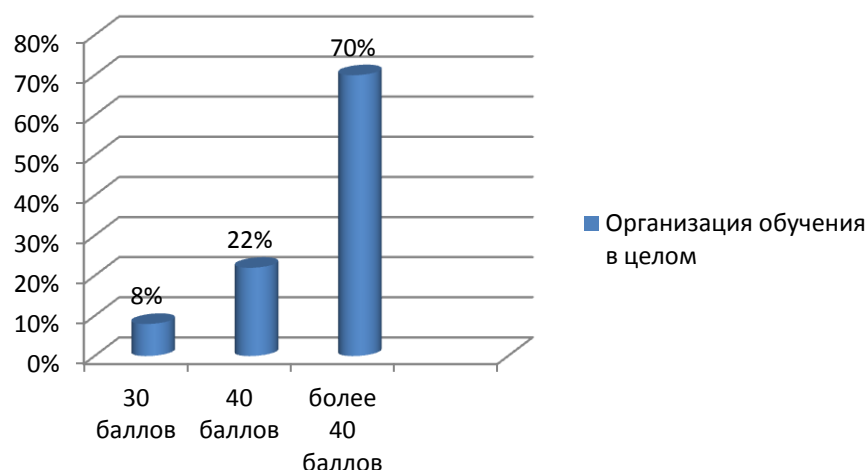


Рисунок 15- Результаты обучения в школе здоровья в целом

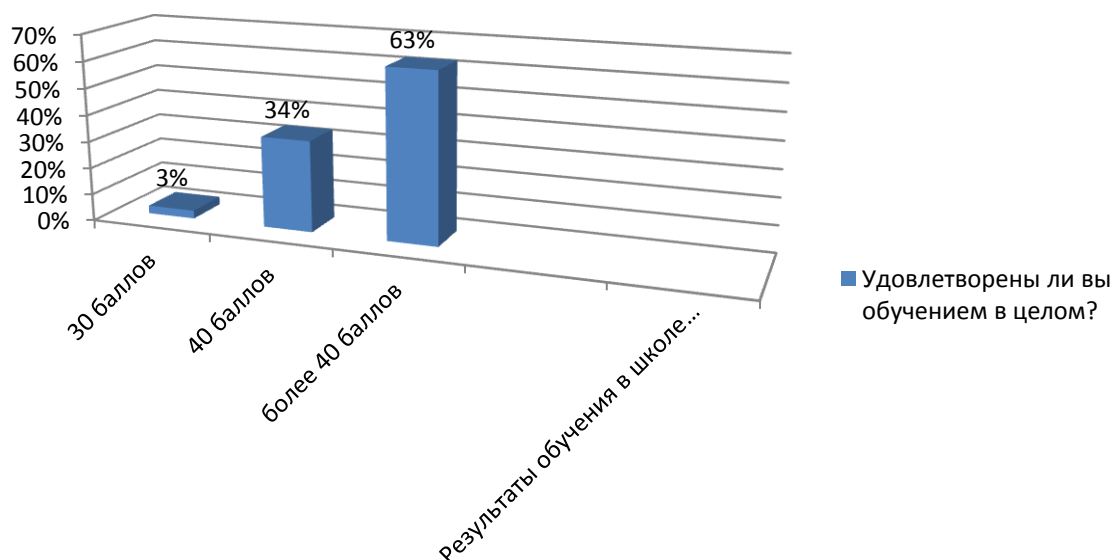


Рисунок 16 - Удовлетворенность пациентов обучением
в Школе здоровья в целом

По результатам анкетирования в школе здоровья для пациентов с артериальной гипертензией 70% удовлетворены организацией обучения в целом.

Как видим, число обученных пациентов увеличилось, снизилась и первичная и общая заболеваемость артериальной гипертензией, большая часть пациентов из проанализированных анкет удовлетворена обучением в школе здоровья, что подтверждает актуальность и необходимость дальнейшего функционирования данной школы здоровья.

Анализ эффективности деятельности школы здоровья для пациентов с сахарным диабетом.

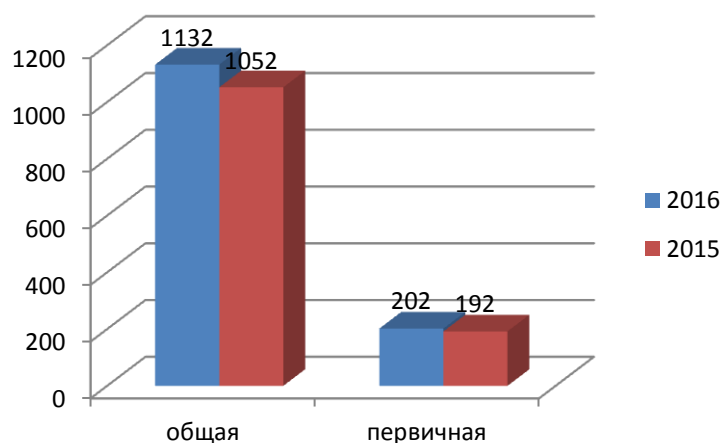


Рисунок 17 - Заболеваемость сахарным диабетом
у жителей Камышловского городского округа за 2015-2016годы

В 2016 году показатель общей заболеваемости сахарным диабетом на 1000 населения увеличился на 1,0, показатель первичной заболеваемости увеличился на 0,2. Связано это с активным прохождением пациентов диспансеризации, профилактических и периодических медицинских осмотров. Все впервые выявленные пациенты проконсультированы врачом-эндокринологом, назначено лечение, большая часть пациентов прошла курс обучения в школе здоровья.

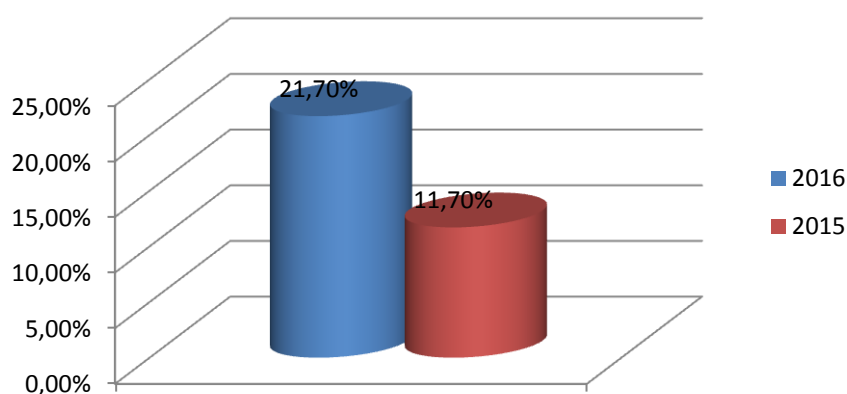


Рисунок 18 - Доля обученных пациентов из числа зарегистрированных
больных в школе здоровья сахарным диабетом

Как следует из материалов рисунка 18, в 2016 году доля обученных пациентов из общего числа зарегистрированных больных увеличилась на 10,0%, в связи с увеличением показателя общей и первичной заболеваемости сахарным диабетом.

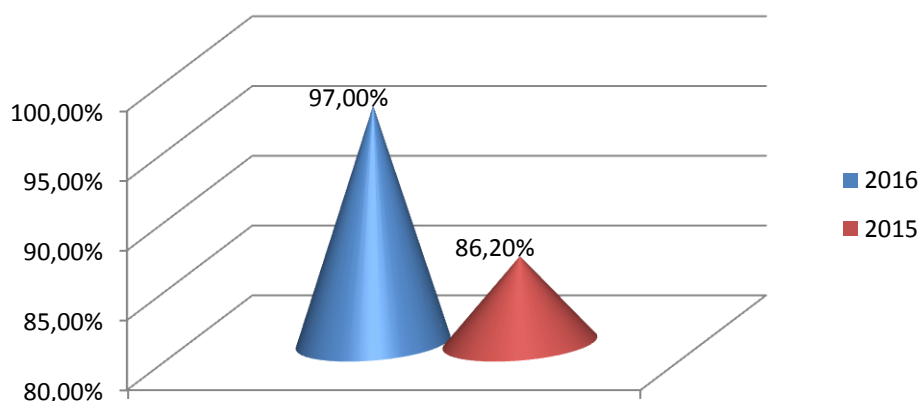


Рисунок 19 - Доля обученных пациентов из числа впервые выявленных пациентов больных в школе здоровья сахарным диабетом

По данным материалов рисунка 19, в 2016 году доля обученных пациентов, с впервые выявленным сахарным диабетом увеличилась на 9,8% это связано с увеличением показателя первичной заболеваемости сахарного диабета и активного вовлечения пациентов для обучения в школе здоровья.

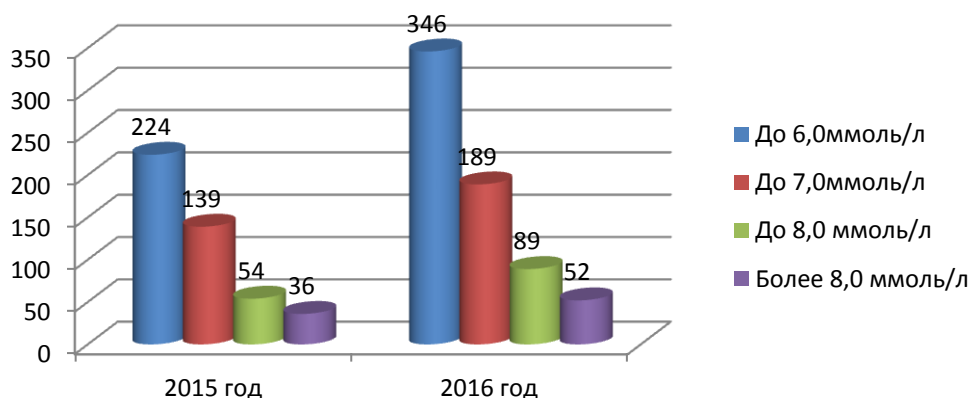


Рисунок 20 - Число пациентов достигших стабильного уровня глюкозы в крови

Число пациентов, достигших стабильные цифры уровня глюкозы в крови в 2016 году увеличилось, что связано с соблюдением рекомендаций врача по приему лекарственных препаратов, соблюдении диеты и выполнению физических упражнений. Все это объясняется пациентам на циклах обучения в школе здоровья для больных сахарным диабетом.

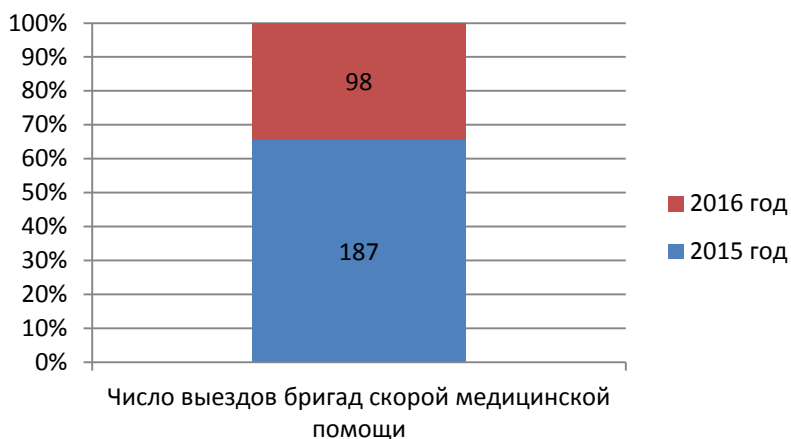


Рисунок 21 - Число выездов бригад скорой медицинской помощи к больным сахарным диабетом

Снизилось количество выездов бригад скорой медицинской помощи к пациентам с сахарным диабетом (2015 год-187 вызовов, 2016 год- 98 вызовов, что снизилось на 47,5%), осложненным гипергликемическим и гипогликемическим и состояниями, в связи умением оказать доврачебную помощь при гипергликемическом и гипогликемическом состояниях, прошедших обучение в школе здоровья. Это позволило определить общую сумму экономии денежных средств в размере 124600 тысяч рублей. Стоимость одного вызова скорой медицинской помощи составляет 1400 рублей.

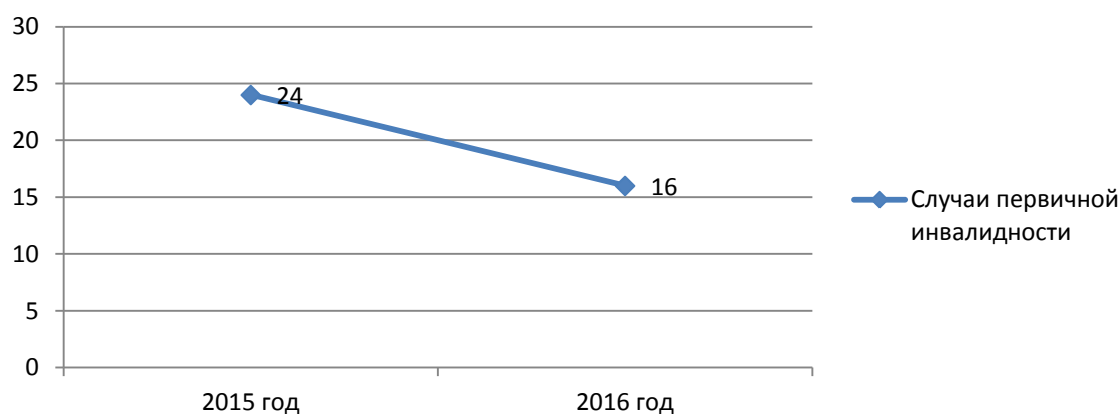


Рисунок 22 - Случаи первичной инвалидности

Первичная инвалидность у пациентов с сахарным диабетом на территории Камышловского городского округа и Камышловского муниципального района снизилась (2015 году - 24 человека, в 2016 году - 16 человек). Вследствии обучения пациентов в школе здоровья снижается риск развития осложнений сахарного диабета, вследствие правильного питания, постоянного приема лекарственных препаратов и наблюдение врача.

По окончании занятий в школе было проведено анкетирование слушателей. Анкета включала в себя 11 вопросов, направленных на оценку школы в целом (интерес, доступность и полезность полученной информации). Проанализировала анкеты, результаты продемонстрировали следующее:

- 72% слушателей считают школу здоровья интересной;

- 84% слушателей считают, что школа здоровья доступна для прохождения цикла обучения;

- 75% слушателей считают, полученную информацию в школе здоровья полезной.

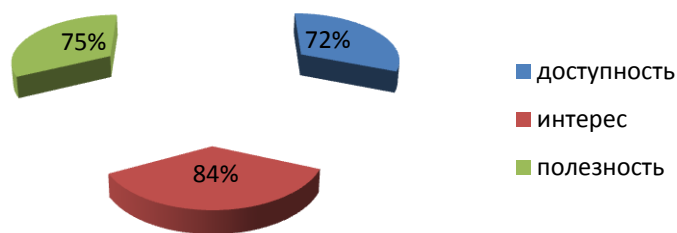


Рисунок 23 - Анкетирование пациентов с сахарным диабетом, слушателей Школы здоровья

Анализ эффективности деятельности Школы здоровья бронхиальной астмы.

В 2016 году показатель общей заболеваемости бронхиальной астмы на 1000 населения по сравнению с 2015 годом снизился на 3,5, первичной заболеваемости снизился на 0,5.

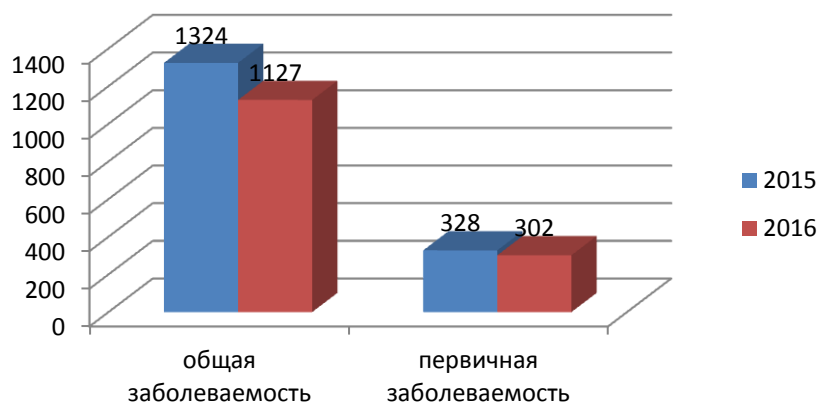


Рисунок 24 - Заболеваемость бронхиальной астмой у жителей Камышловского городского округа за 2015-2016годы

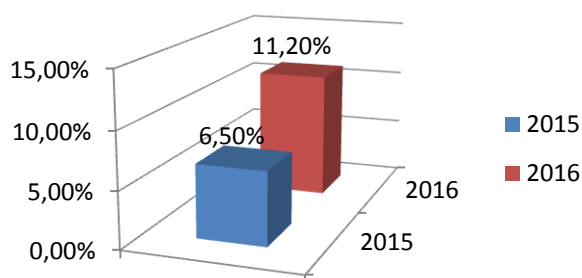


Рисунок 25 - Доля обученных пациентов из числа зарегистрированных больных в школе здоровья бронхиальной астмы.

По данным материалам рисунка 25, в 2016 году доля обученных пациентов из общего числа зарегистрированных больных увеличилась на 4,7% (рис. 25).

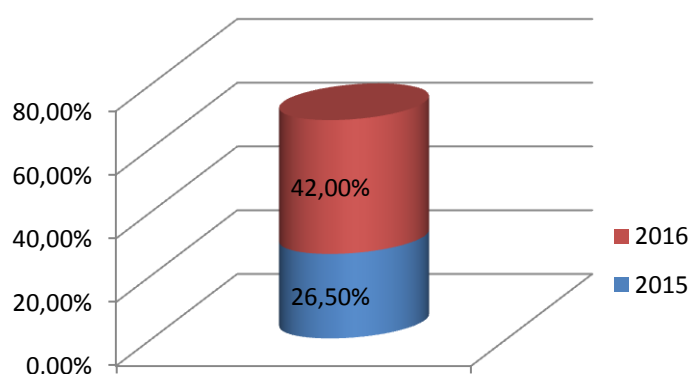


Рисунок 26 - Доля обученных пациентов из числа впервые выявленных пациентов больных в школе здоровья бронхиальной астмы.

Из материалов рисунка 26 видно, что в 2016 году доля обученных пациентов из числа впервые выявленной бронхиальной астмы увеличилась на 15,5%.

Несмотря на то, что количество обученных пациентов и количество циклов обучения увеличилось, даже впервые выявленные пациенты обучены лишь на 42,0%.

Число выездов бригад скорой медицинской помощи к пациентам с приступами удушья, страдающих бронхиальной астмой.

Уменьшилось число выездов скорой медицинской помощи к пациентам с приступами удушья (рис. 27), страдающими бронхиальной астмой (в 2015 году – 219 выездов, в 2016 году – 174 выезда, количество вызовов бригад скорой медицинской помощью снизилось на 20,5%), в связи с выполнением назначений врача, постоянным приемом базисной терапии, умением оказать доврачебную помощь при приступах удушья. Это позволило определить общую сумму экономии денежных средств в размере 243381 тысяч рублей. Стоимость одного вызова скорой медицинской помощи составляет 1400 рублей.

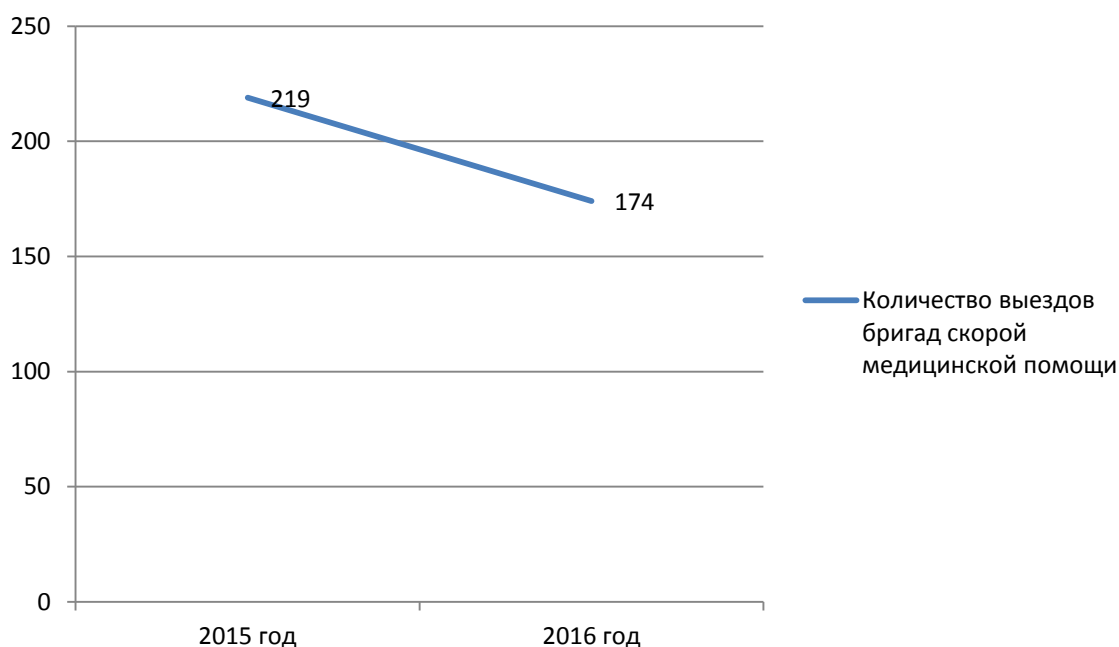


Рисунок 27 - Количество выездов бригад скорой медицинской помощи

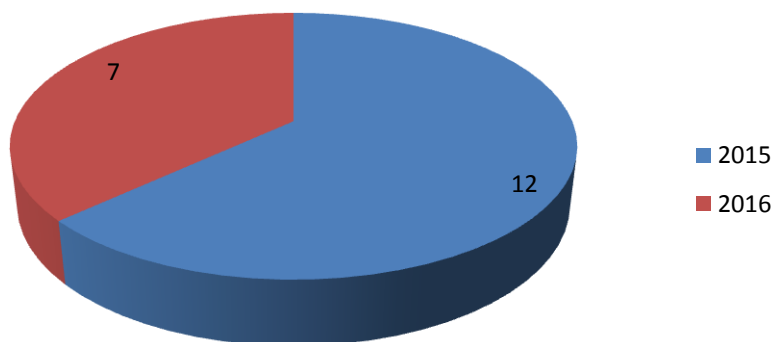


Рисунок 28 - Случаи первичной инвалидности

Как следует из материалов рисунка 28, первичная инвалидность у больных бронхиальной астмой на территории Камышловского городского округа и Камышловского муниципального района снизилась (2015 год – 12 случаев, 2016 год – 7 случаев). Вследствие обучения пациентов в школе здоровья снижается риск развития осложнений бронхиальной астмой, вследствие правильного питания, постоянного приема лекарственных препаратов.

По окончании занятий в школе было проведено анкетирование слушателей. Анкета включала в себя 11 вопросов, направленных на оценку школы в целом (интерес, доступность и полезность полученной информации). Проанализировала анкеты, результаты продемонстрировали следующее:

- 83% слушателей считают школу здоровья интересной;

- 79% слушателей считают, что школа здоровья доступна для прохождения цикла обучения;

- 81% слушателей считают, полученную информацию в школе здоровья полезной.

3. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В КАМЫШЛОВСКОЙ ЦРБ

Таким образом, эффективное развитие и использование школ здоровья решает основную задачу - положительно сказывается на состоянии здоровья населения, сокращение расходов. Обучение пациентов с артериальной гипертензией доказало свою эффективность, и очевидна необходимость продолжения проведения школ здоровья и активного вовлечения пациентов в процесс сохранения своего здоровья. Экономическая эффективность деятельности школ здоровья для пациентов с артериальной гипертензией оценивается не только для медицинской организации, но и для пациента, за счет сокращения числа дней временной нетрудоспособности. Большая часть слушателей дали положительную оценку деятельности школы здоровья в целом. Пропуски в школе здоровья носили единичный характер. В связи с этим актуальность и необходимость дальнейшего функционирования школ здоровья подтверждается.

Школу здоровья бронхиальной астмы проводит врач-терапевт, заведующая терапевтическим отделением. В связи со своей загруженностью занятия в школе здоровья проводятся реже, чем в остальных школах.

Не все пациенты, которые нуждаются в прохождении цикла обучения в школе здоровья, могут пройти обучение.

За 2 года циклов обучения увеличилось в 1.8 раз, количество обученных человек увеличилось на 68%, но и этого не достаточно, чтобы охватить всех пациентов, нуждающихся в обучении.

Проведенный анализ эффективности деятельности школ здоровья для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в амбулаторных условиях подтверждает необходимость дальнейшей организации и проведения школ здоровья.

Для улучшения доступности и повышения качества деятельности школ здоровья необходимо:

1. Укомплектовать вакантную ставку заведующего отделением медицинской профилактики ;(должностная инструкция, приложение №2);

На сегодняшний день функциональные обязанности заведующего отделения медицинской профилактики возложены на заведующую поликлиникой. Таким образом, контроль за качеством и своевременностью выполнения работы недостаточный, составление планов работы отделения профилактики некорректно. Выявленные недостатки объясняются загруженностью заведующей поликлиникой. Совмещать две должности достаточно трудно.

2. Назначить руководителей школ здоровья.

На сегодняшний день функциональные обязанности руководителей школ здоровья назначена заведующая поликлиникой, а занятия в школах здоровья проводят врачи-совместители. Контроль за проведением школ здоровья и анализом эффективности школ здоровья недостаточный.

3. Провести обучение среднего медицинского работника с получением сертификата, дающий право на проведение занятий по профилактике, для увеличения циклов обучения в школах здоровья. На сегодняшний день число проведенных циклов обучения в школе здоровья бронхиальной астмы – недостаточно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью данной выпускной квалификационной работы явилась повышение эффективности деятельности школ здоровья и разработке методических рекомендаций по совершенствованию их деятельности в ГБУЗ СО «Кмышловская центральная районная больница».

Таким образом, активное развитие школ здоровья формирует у населения мотивацию к сохранению своего здоровья и повышает их ответственность за свое здоровье, обеспечивает повышение точности выполнения назначений врача. При достижении этих целей школы обеспечивают высокое качество профилактической помощи населению, что способствуют реализации профилактической направленности службы здравоохранения и является основополагающим принципом ее реформирования.

Пациенты испытывают дефицит общения с медицинским персоналом, и между собой, что не только снижает комплеэнс этой категории больных, но и их качество жизни.

Больные хроническими неинфекционными заболеваниями имеют низкий уровень знаний о своем заболевании; одной из причин которого является недостаточное взаимодействие медицинских работников первичного звена здравоохранения и больных.

Эффективная работа Школы зависит в равной степени как от эффективной организации работы самой школы, так и в не меньшей степени от «эффективного внешнего менеджмента» - от организации отбора и направления больных в школу.

Результаты исследования выявили положительный медико-социальный, экономический эффект деятельности профильных школ здоровья. Экономический эффект от работы школ вследствие сокращения затрат на обслуживание вызовов "Скорой помощи", сокращения пребывания дней на листке нетрудоспособности. Уменьшение первичной инвалидности, улучшает качество жизни пациентов.

Таким образом, эффективное развитие и использование школ здоровья решает основную задачу – положительное влияние на улучшение состояния здоровья населения, сокращение расходов на лечение больных в поликлиниках и стационарах. Обучение больных показало свою эффективность, и очевидна необходимость продолжения ее внедрения в деятельность учреждения, активно вовлекая больных в процесс сохранения своего здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 19.03.2012 №250-п «Об организации Школ здоровья в лечебно-профилактических учреждениях Свердловской области»
2. Лапик, С. В. Организация сестринских программ профилактики сахарного диабета и его осложнений, Минздравсоцразвития РФ, ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава". - М. : ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава", 2013
3. Аббясов И.Х., Двойников С.И., Карасева Л.А. “Основы сестринского дела”, под редакцией Двойникова С.И., учебник, г. Москва, “Академия”, 2012г.
4. Вебер В.Р., Чуваков Г.И., Лапотников В.А., Копина М.Н. “Основы сестринского дела”, учебное пособие, серия “Медицина”, г. Ростов-на-Дону, “Феникс”, 2013 г.
5. Епачинцева, Т.И. Сборник бесед по вопросам медицинской профилактики (в помощь специалистам учреждений первичной медико-санитарной помощи) - Тюмень, 2013.
6. Иванова, В.И. Организация медицинского просвещения в "школах пациентов" Медицинские знания. - г.Москва 2012. -№3.
7. Куделькина Н. А., Дума С. Н. Информированность практических врачей поликлинического звена в области профилактики хронических неинфекционных заболеваний и общих для них факторов риска, С.Петербург, 2015 г.
8. Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М: РИОР; ИНФА-М, 2012.
9. Медицинский журнал “Сестринское дело”, издатель ООО “Современное сестринское дело”, г. Москва, №4, 2014 г.
10. Мухина С.А., Тарновская И.И. “Теоретические основы сестринского дела”, учебник, 2-е издание, исправленное и дополненное, г. Москва, “ГЭОТАР-Медия”, 2014 г.

11.Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. “Основы сестринского дела”, издание 10, дополненное и переработанное, г. Ростов-на-Дону, “Феникс”, 2011 г.

12.Оганов Р. Г., Калинина А. М., Поздняков Ю. М., Стоногина В. П., Какорина Е. П., Максимова М. А., Еганян Р. А., Королев О. П. Организация Школ здоровья в первичном звене здравоохранения. Организационно-методическое письмо Минздрава РФ. М., 2002. 30 с.

13.Петричко Т.А., Давидович И.М., Шапиро И.А. Медико-социальная эффективность профилактических технологий в муниципальном здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2018.

14.Сопина З.Е., Фомушкина И.А. Управление качеством сестринской помощи: учеб. пособие. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014

15.Фабричкова Т.Г. Теоретические основы оценки эффективности системы здравоохранения // Мир экономики и права. - 2015. - № 5.

16.Фишман Б. Б. Научное обоснование комплексной программы профилактики неинфекционных заболеваний на региональном уровне. Материалы конференции “Практические аспекты укрепления здоровья и профилактики заболеваний” 18–20 апреля 2014 года. Москва, 2014.

17.Шапиро И. А. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях реформ здравоохранения: Москва, 2012.