**МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ**

Укрепление здоровья – процесс, предоставляющий населению возможность осуществлять контроль за состоянием своего здоровья и факторами, влияющими на него. Стратегия укрепления здоровья использует не только междисциплинарные, но и межсекторальные подходы, объединяющие в единую систему человека и его окружение, обеспечивающие синтез персонального выбора и социальной ответственности в достижении более здорового будущего. Ядром и основой стратегии укрепления здоровья является медико – гигиеническое обучение и воспитание населения.

Медико-гигиеническое воспитание – часть государственной системы здравоохранения, включающая распространение медицинских и гигиенических знаний, формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) и привитие населению гигиенических навыков с целью сохранения и укрепления здоровья, повышения работоспособности и активного долголетия.

Основной целью медико-гигиенического воспитания населения является формирование знаний и умений самостоятельно принимать решения по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

В настоящее время имеетсяразрыв между гигиеническими знаниями и поведением людей. Поэтому назрела необходимость превращать знания в навыки. Определяя направление этой работы, надо говорить не о санитарном просвещении, а о гигиеническом обучении и воспитании.

Гигиеническое обучение и воспитание населения в отличие от санитарного просвещения имеет свои особенности, главная из которых – активный характер проводимых мероприятий.

Повышение уровня медицинской активности и грамотности населения – важнейшая задача участкового врача-терапевта и педиатра (особенно семейного врача). Актуальной составной частью медико-социальной активности является установка на здоровый образ жизни (ЗОЖ).

Здоровый образ жизни – категория общего понятия «образ жизни», включающая в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, способствующих предупреждениюразвития нарушений здоровья и поддерживающих оптимальное качество жизни.

Образ жизни человека включает три категории:

–уровень жизни;

–качество жизни;

–стиль жизни.

Уровень жизни – количественная сторона условий жизни,размер и структура материальных и духовных потребностей населения, фонды потребления, доходы населения, обеспеченность жильем, медицинской помощью, уровень образования, продолжительность рабочего и свободного времени и др. Уровень жизни – это в первую очередь экономическая категория, представляющая степень удовлетворения материальных, духовных и культурных ценностей.

Качество жизни – категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации.

Стиль жизни – особенности поведения конкретного человека или группы людей. Стиль жизни – это признак индивидуальности, самостоятельности, способность построить себя как личность в соответствии с собственными представлениями о полноценной и интересной жизни.

Первые две категории носят общественный характер. Поэтому понятно, что здоровье человека будет в первую очередь зависеть от стиля жизни, который носит персонифицированный характер и определяется историческими, национальными традициями (менталитет) и личными наклонностями. Поведение человека направлено на удовлетворение потребностей. При более или менее одинаковом уровне потребностей, характерном для данного общества, каждая личность характеризуется своим, индивидуальным способом их удовлетворения, поэтому поведение людейразное и зависит в первую очередь от воспитания.

**По современным представлениям в понятие «здоровый образ жизни» входят следующие составляющие:**

●Рациональная организация трудовой (учебной) деятельности

●Правильный режим труда и отдыха

●Рациональная организация свободного времени.

●Оптимальный двигательный режим

●Рациональное питание

●Соблюдение правил личной гигиены, закаливание

●Соблюдение норм и правил психогигиены

●Сексуальная культура, рациональное планирование семьи

●Профилактика аутоагрессии

●Контроль за своим здоровьем

●Формирование межличностных отношений в трудовых коллективах и семьях

●Бережное отношение к окружающей среде, природе

●Сознательное участие в профилактических мероприятиях, проводимых медицинскими учреждениями, выполнение врачебных предписаний

●Активное участие в культурных мероприятиях, занятиях физкультурой и спортом

Большое значение в основе формирования здорового образа жизни занимают личностно-мотивационные качества данного человека, его жизненные ориентиры. Никакие пожелания, приказы, наказания не могут заставить человека вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если человек сам не будет сознательно формировать собственный стиль здорового поведения.

Таким образом, здоровый образ жизни – это способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни и направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья и на выполнение человеком его социально-биологических функций.

Для сохранения и восстановления утраченного здоровья человек должен прилагать усилия, для которых нужен мотив, а совокупность мотивов составляет мотивацию (мотивация – это побуждение, вызывающее активность организма и определяющее направленность этой активности).

**Какие же мотивации лежат в основе формирования стиля здоровой жизни?**

1.Самосохранение.

2.Подчинение этнокультурным требованиям.

3.Получение удовольствия от самосовершенствования.

4.Возможность для самосовершенствования.

5.Биологическая реализация – здоровое потомство.

6.Достижение максимально возможной комфортности и независимости и др.

Таким образом, ЗОЖ должен целенапрвленно и постоянно формироваться в течение жизни человека, а не зависеть от обстоятельств и жизненных ситуаций. Вэтом случае он будет являться рычагом первичной профилактики, укрепления и формирования здоровья, будет совершенствовать резервные возможности организма, обеспечивать успешное выполнение социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций. ЗОЖ – это гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, активизацию защитных сил организма, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

ЗОЖ можно рассматривать как основу профилактики заболеваний, прикладными точками которого являются устранение факторов риска: низкого уровня трудовой активности, неудовлетворенности трудом, пассивности, психоэмоциональной напряженности, невысокой социальной активности и низкого культурного уровня, экологической безграмотности, гиподинамии, нерационального несбалансированного питания, курения, употребления алкоголя, наркотических и токсических веществ, напряженных семейных отношений, нездорового быта, генетического риска и др. Результатом снижения действия вышеперечисленных факторов является высокая трудовая активность, физический и душевный комфорт, активная жизненная позиция, укрепление общего состояния организма, снижение частоты заболеваний и обострений хронических заболеваний.

Формирование ЗОЖ – это создание системы преодоления факторов риска в форме активной жизнедеятельности людей, направленной на сохранение и укрепление здоровья.

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ пропаганда ЗОЖ является обязанностью каждого медицинского работника.

Концепцияразвития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020г. (извлечения): в целях обеспечения устойчивого социально-экономическогоразвития Российской Федерации, одним из приоритетов государственной политики должно являться сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

Целямиразвития здравоохранения являются формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака до 25 % и снижение потребление алкоголя до 9 литров в год на душу населения.

Задачамиразвития здравоохранения являются создание условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни.

**Для формирования здорового образа жизни необходимо внедрение системы государственных и общественных мер по:**

1)совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения (особенно детей, подростков и молодежи) через средства массовой информации и обязательное внедрение соответствующих образовательных программ в учреждения дошкольного, среднего и высшего образования.

В рамках указанного направления необходимо осуществлять обучение гигиеническим навыкам по соблюдению правил гигиены труда, режима труда (в том числе учебы) и отдыха, режима и структуры питания, своевременного обращения за медицинской помощью и иных норм поведения, поддерживающих здоровье;

2)созданию эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками (злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания и др.).

Система должна включать просвещение и информирование населения о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, содействие сокращению употребления табака и алкоголя, регулирование и раскрытие состава табачных изделий и алкогольной продукции, и предоставление полных сведений о составе на упаковке, защита некурящих от воздействия табачного дыма, ограничение употребления алкоголя в общественных местах, регламентированиеразмещения мест продажи алкогольных напитков, табака и порядка их реализации, а также ценовые и налоговые меры;

3)созданию системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях.

Это должно обеспечиваться путем популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья граждан Российской Федерации, формирования моды на здоровье особенно среди подрастающего поколения, внедрение системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых граждан; ведениеразъяснительной работы о важности и необходимости регулярной профилактики и диспансеризации граждан;

4)созданию системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное страхования, стимулирования работающих коллективов к ведению здорового образа жизни;

5)профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальное давление, неправильное питание, гиподинамия и т.д.);

6)созданию системы мотивирования руководителей учреждений системы школьного образования к участию в охране здоровья и формированию здорового образа жизни школьников.

**Для формирования здорового образа жизни будут решены следующие задачи:**

–проведение прикладных научных и эпидемиологических исследований по обоснованию совершенствования законодательства и методической базы;

–обеспечение межведомственного сотрудничества и функционирования координационного механизма (включая организацию деятельности федерального ресурсного центра);

–разработка современных подходов и обеспечение условий для обучения специалистов, совершенствование учебных программ,развитие инфраструктуры федеральных научных, образовательных учреждений;

–организация и развитие медико-профилактической помощи путем внедрения современных медико-профилактических технологий;

–организационно-методическое обеспечение деятельности региональных профилактических организаций (центров медицинской профилактики), а также учреждений первичной медико-санитарной помощи;

–разработка и реализация федеральных информационных и коммуникационных кампаний;

–организация вертикали взаимодействия между центрами медицинской профилактики и кабинетами профилактики в первичном звене;

–организация школ здоровья по основным факторам риска;

–развитие условий для ведения здорового образа жизни, включая обеспечение мониторинга и современного уровня контроля (надзора) за соответствием продукции, предназначенной для человека, а также факторов среды обитания человека требованиям действующего законодательства.

**Целямиразвития данного направления являются:**

1.Формирование у населения идеологии здорового образа жизни, укрепление физического и духовного здоровья населения.

2.Развитие здоровьесберегающих технологий, первичной медицинской профилактики и социальной медицины.

3.Уменьшение вероятности и рисков первичной заболеваемости и болезненности населения.

**Задачи направления:**

1.Организация и развитие Центров Здоровья на базе учреждений здравоохранения.

2.Совершенствование деятельности в практической сфере первичной медицинской профилактики и мониторинга показателей здоровья населения.

3.Разработка и практическая реализация основных направленийразвития и совершенствования региональной службы профилактической медицины.

4.Реализация медико-социальных программ, направленных на предупреждение распространённости социально–связанных заболеваний.

5.Совершенствование и реализация методологии здоровьесбережения и формирования здорового образа жизни всех групп населения.

6.Улучшение показателей состояния здоровья населения и социально–психологическая реабилитация населения.

7.Создание сети социального взаимодействия и партнёрства, межведомственного взаимодействия.

8.Поддержка эффективных инициатив в системах муниципального здравоохранения, образования, бизнеса и общественном секторе.

В целях обеспечения задач по формированию ЗОЖ предусмотрена реализация следующих мероприятий:

–создание механизмов межведомственного взаимодействия исполнителя программы;

–обеспечение комплексных отраслевых мер, направленных на повышение уровня знаний населения о здоровом образе жизни, организация просветительской деятельности по формированию здорового образа жизни;

–создание и реализация межведомственных проектов, направленных на формирование здорового образа жизни и оздоровление населения,развитие системы медицинской профилактики;

–повышение роли первичного звена здравоохранения в формировании здорового образа жизни населения через мероприятия по повышению вовлечение населения в занятия физической культурой, спортом и туризмом;

–совершенствование нормативной, правовой, материально-технической и организационно-управленческой базы;

–оказание поддержки в организации рационального питания для детей в общеобразовательных учреждениях;

–проведение мониторинга реализации программы, проведение социологических исследований среди населения, применение систем контроля мероприятий;

–организация системы профилактики черезразвитие Центров здоровья, кабинетов медицинской профилактики, кабинетов здорового ребенка;

–обеспечение доступности знаний населения о состоянии здоровья, мерах по его укреплению, предотвращению заболеваний;

–обучение населения контролю за собственным здоровьем и реализацией персональных программ по его укреплению;

–разработка модели и показателей индивидуального и общественного здоровья, проектирование системы мониторинга основных показателей здоровья.

**Оценивать эффективность проведения вышеуказанных мер планируется по следующим целевым индикаторам:**

–показатель первичной заболеваемости алкоголизмом;

–коэффициент общей смертности населения;

–показатель смертности от сердечно–сосудистых заболеваний в трудоспособном возрасте;

–показатель первичного выхода на инвалидность среди лиц трудоспособного возраста.

Хорошо организованная пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди населения способствует снижению заболеваемости и смертности, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение. Мировой опыт свидетельствует, что эффективность этой профилактической деятельности среди населения исключительно высока. Гигиеническое обучение и воспитание населения оказывается достаточно мощным инструментом формирования здоровья, что хорошо видно на примере ряда зарубежных стран.

Выполнение задач гигиенического обучения и воспитания по вопросам укрепления здоровья населения, естественно, не может дать сиюминутных результатов. Однако, как показывает опыт целого ряда высокоразвитых стран и результаты научных исследований, проведенных в РФ, решение этих задач способно привести в течение 5–10лет к снижению распространенности артериальной гипертонии и табакокурения на 20 % и, как следствие, к уменьшению заболеваемости, в том числе, с временной утратой трудоспособности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 15 %, что равносильно сохранению жизни ежегодно примерно 25тыс. человек трудоспособного возраста.

Улучшение структуры питания населения и повышение качества пищевых продуктов наряду с повышением на 25–30 % числа систематически занимающихся физкультурой и получающих адекватные физические нагрузки обеспечит снижение распространенности избыточной массы тела на 25–30 %, уменьшение заболеваемости и смертности от основных НИЗ на 10 и 5 % (соответственно).

Снижение потребления алкоголя и профилактика употребления наркотиков позволят снизить заболеваемость алкоголизмом на 15 % и потери от временной нетрудоспособности и инвалидности по заболеваниям общемедицинского профиля, связанными со злоупотреблением алкоголем, на 5 %, а также заболеваемость соматическими болезнями, обусловленными токсическими эффектами алкоголя и наркотических веществ на 25 %, уменьшение травматизма на 10–15 %.

Снижение загрязнения окружающей среды до нормативных требований позволит достичь снижения общей заболеваемости на 10–15 % и смертности на 5 %.

Экономический анализ результатов крупных профилактических программ, проводимых как в нашей стране, так и за рубежом, показывает высокую эффективность гигиенического обучения и воспитания. Так, реализация медико-социальных программ укрепления здоровья обеспечивает соотношение стоимости затрат и полученной выгоды. При осуществлении в школах хорошо спланированных долгосрочных мероприятий по формированию ЗОЖ, которые направлены на предотвращение курения, профилактику нежелательной беременности, инфекций передаваемых половым путем (ИППП) и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа), соотношение стоимости затрат и полученной выгоды составляет 1:14. Такой же показатель эффективности может быть получен при успешной реализации программ вакцинопрофилактики (например, против кори, эпидемического паротита, краснухи, дифтерии), в которых просветительский и образовательный компонент часто являются решающими.

**Принципы организации гигиенического обучения и воспитания населения:**

●государственный характер;

●плановость;

●массовость;

●участие всех медицинских работников;

●участие других организаций и населения;

●наличие специальных органов и учреждений гигиенического обучения и воспитания;

●общедоступность и целенаправленность;

●научность;

●дифференцированность;

●оптимистичность.

Для реализации принципов гигиенического воспитания и обучения населения необходиморазвитие внутрисекторального и межсекторального сотрудничества.

Внутрисекторальное сотрудничество это взаимодействие между учреждениями здравоохранения, центрами медицинской профилактики, Управлениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в субъектах Российской Федерации, участковой или семейной службой медицинской организации и др.

Межсекторальное сотрудничество включает связь между органами и учреждениями образования, социальной поддержки населения, культуры и спорта, управления внутренних дел, предприятиями, общественными объединениями, средствами массовой информации (СМИ) и др.

Профилактика социально обусловленных заболеваний, НИЗ, профилактика болезней стиля поведения и формирование у населения здорового образа жизни – мероприятия, выходящие за рамки системы здравоохранения и вовлекающие в решение этих задач специалистовразличного профиля, общественные объединения, средства массовой информации и население. Поэтому построение партнерства (внутрисекторального, межсекторального) – это один из ключевых моментов, обеспечивающих успех гигиенического обучения и воспитания.

Один из главных принципов партнерства – это привлечение участников на всех стадиях процесса: при планировании, организации и реализации, оценке ее эффективности. Создание партнерства обеспечивает не только идейное объединение партнеров, но и вложение в общую работу своего опыта, времени, объединение их материальных ресурсов, которые могут быть направлены на профилактику.

На современном этапе Министерством здравоохранения РФ ставится задача перед регионами о создании единой профилактической среды на уровне субъекта РФ. Формирование единой межсекторальной профилактической среды как способа преодоления эпидемии неинфекционных заболеваний должно складываться из нескольких звеньев:

–обеспечение безопасной и комфортной физической и социальной среды обитания человека;

–создание условий для ведения здорового образа жизни;

–информирование и мотивирование населения (с учетом возраста, пола, образования) к сохранению здоровья и долголетию, формированию ответственности за свое здоровье и здоровье своих близких;

–формирование системы управления здоровьем: своевременное выявление факторов риска (диспансеризация и профилактические медицинские осмотры), индивидуализированная коррекция факторов риска.

Ключевым партнером всех мероприятий по укреплению здоровья и профилактике является население, чье вовлечение и просвещенность в вопросах здоровья определяют успех или неудачу любой программы. Население должно участвовать в мероприятиях, направленных на улучшение их здоровья. Это могут бытьразличного рода лекции, беседы, вечера вопросов и ответов, анкетирование и социологические опросы. Средства массовой информации (СМИ) являются одним из основных путей образования населения по вопросам здоровья.

Гигиеническое обучение и воспитание населения осуществляется медицинскими работниками отделений (кабинетов) медицинской профилактики ЛПУ, специалистами ЛПУ (медицинскими работниками участковой службы, врачами-специалистами, психологами, врачами детских дошкольных и школьных учреждений и др.). Тематика материалов по гигиеническому обучению и воспитанию определяется в соответствии с задачами, стоящими перед медицинской организацией. Вмедицинских организациях осуществляютсяразличные формы работы с населением, внедряются научно-обоснованные новые технологии, профилактические и оздоровительные программы.

**Методы и средства гигиенического обучения и воспитания населения и формирования здорового образа жизни**

Используемые медицинскими работниками методы и средства должны соответствовать основным принципам гигиенического обучения и воспитания и быть обучающими, наглядными, актуальными, доступными, оптимистичными и нести воспитательную функцию.

**Классификация методов и средств гигиенического обучения и воспитания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Методы | Средства |
| 1. | Устный | Лекция, беседа, совет, дискуссия, информационное выступление по радио, вечер вопросов и ответов и др. |
| 2. | Печатный | Памятка, листовка, статья в газете, доска вопросов и ответов, лозунг, книга, брошюра, стенная санитарная печать и др. |
| 3. | Наглядный | Плакаты, слайды, натуральные объекты, муляжи, фотографии, альбомы, рисунки и др. |
| 4. | Смешанный | Телевидение, кинофильмы, выставки (стационарные и передвижные), уголки здоровья, курсовые занятия, театрализованные постановки, телекоммуникационное обучение |

Лекция является массовым средством гигиенического обучения и воспитания, характеризуется наибольшей емкостью переработанной лектором информации. За небольшой период времени лектор должен изложить новый, большой материал. Обычно для чтения лекций предполагается большая аудитория.

Беседа предполагает активное участие слушателей. Задача ведущего беседу заключается в том, чтобы сделать ее интересной путем наводящих вопросов, вовлекать слушателей в общийразговор.

Вечер вопросов и ответов требует предварительной подготовки и хорошей организованности. Население заранее оповещается о проведении такого вечера, заранее собираются вопросы от населения.

Доска вопросов и ответов – форма заочных консультаций.

Памятка дается пациенту с целью напомнить ему советы врача. Она рассчитана на конкретного человека, например памятка больному, страдающему сахарным диабетом, памятка по контрацепции и др.

Стенная санитарная печать – стенная газета санитарно-просветительной тематики, которая должна быть актуальна, наглядна, и содержать конкретную информацию.

Плакаты – массовое средство санитарного просвещения, над которым работают ученые, художники, педагоги и др.

Наряду с традиционными формами и методами работы, применяются современные формы: школы-семинары, образовательные программы, уроки здоровья, конференции, телефоны доверия, горячие телефоны, тренинги, школы здоровья («артериальной гипертонии», «сахарного диабета», «астма-школы», «закаливания», «менопаузы», «грудного вскармливания» и др.). Вмедицинских организациях могут проводиться социологические исследования, внедряться профилактические и оздоровительные программы.

Содержание и тематика материалов по гигиеническому обучению и воспитанию населения определяются в соответствии с задачами и потребностями контингента, обслуживаемого медицинской организацией. Для участковых медицинских работников это могут быть: правила ухода за тяжелобольным в домашних условиях, профилактические мероприятия в очаге инфекционного заболевания, просветительная работа о необходимости профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактики и др. Для медицинских работников отделений и кабинетов медицинской профилактики – это проведениеразличных акций или декад в медицинской организации. Например, декада к дню пожилого человека, включающая комплекс мероприятий: профилактические осмотры, лекции, демонстрации видеоматериалов и др. Для медицинских работников специализированных служб – это работа с пациентами в рамках профильных школ,раздача информационных материалов по вопросам профилактикиразлич-ных заболеваний.

Для выбора средств гигиенического обучения и воспитания необходимо оценить ситуацию. Каждая ситуация характеризуется с позиции четырех признаков.

**Ситуации для выбора средств гигиенического обучения и воспитания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Признак ситуации | Градации признака |
| 1. | Количественный состав аудитории | Группы более 20 человек  Группы менее 20 человек  Индивидуум |
| 2. | Степень экстремальности ситуации | Экстремальная (эпидемическая обстановка)  Не экстремальная |
| 3. | Степень однородности состава группы | Однородная (по возрасту, полу, заболеваниям, профессии) группа  Неоднородная группа |
| 4. | Уровень готовности лиц выполнять гигиенические правила | Желание познать (есть, нет)  Знание (есть, нет)  Умение выполнять (есть, нет)  Убеждение – способность правильно действовать в условиях конкретной ситуации (есть, нет) |

Выбор методов и средств гигиенического обучения и воспитания зависит от типа ситуации.

**Типы ситуаций для выбора средств гигиенического обучения и воспитания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тип ситуации | Сочетание признаков | Рекомендуемые средства гигиенического обучения и воспитания |
| 1. | Численность группы более 20человек и не экстремальность ситуации | Лекция, школы здоровья, кинофильм, телевидение |
| 2. | Численность группы более 20человек и экстремальность ситуации | Краткое информационное выступление по радио, лекция по радио, по телевидению, листовка |
| 3. | Группа неоднородна | Беседа, дискуссия, вечер вопросов и ответов, брошюра |
| 4. | Группа однородна | Курсовое обучение, семинарское занятие, групповой профилактический прием, памятка, видеофильм |
| 5. | Индивидуум | Индивидуальная беседа, брошюра, памятка, непосредственное обучение |

При неоднородной группе лучше использовать такие средства, с помощью которых можно заинтересовать максимальное число участников мероприятия. Например, во время дискуссии задать некоторым участникам вопросы, чтобы привлечь их внимание.

В однородной группе используются смешанные методы, объединенные одной темой или печатные информационные материалы, рассчитанные на определенную целевую группу.

В зависимости от цели формируется структура группового занятия. Если целью занятия является предоставление новой информации, целесообразно 40 % рабочего времени посвятить информационному блоку (лекция, беседа, ответы на вопросы, наглядные материалы, дискуссия и т.д.), 55 % рабочего времени посвятить закреплению новой информации (игры и упражнения, викторины, ответы на вопросы, анкеты, практические задания и т.д.), 5 % рабочего времени распределить на знакомство и завершение работы. Если целью занятия является закрепление знаний, умений и навыков участников, основное время необходимо посвятить созданию условий для лучшего усвоения знаний. Если целью является формирование практических навыков, основная часть занятия должна быть посвящена обучению практическим навыкам, играм, упражнениям, направленным на приобретение навыков принятия решения, поиска выхода из рискованной ситуации, навыков отказа в ситуациях, опасных для здоровья.

При пятом типе ситуации необходимо выявить уровень готовности (четвертый признак) и соответственно этому использовать средства обучения. Например, если есть знание, но отсутствует умение, необходимо обучить практическим приемам.

При выборе методов и средств гигиенического обучения и воспитания необходимо помнить, что степень усвоения материаларазлична приразных формах работы.

Лекция (5 % усвоения материала). Лекция является быстрым способом подачи необходимой информации, но если лекция длинна и не предполагает активного участия аудитории, она неэффективна. Эта форма работы ставит обучаемых в положение пассивных слушателей, поэтому лучше всего лекционные блоки чередовать с игровыми, дискуссионными и т.д.

Чтение (10 % усвоенного материала). Индивидуальное или коллективное чтение – необходимый метод обучения, но, как и лекция, он не позволяет глубоко усвоить информацию. Является эффективным лишь в сочетании с другими способами обучения. Этот метод можно использовать в качестве домашнего задания.

Аудиовизуальные средства (20 % усвоенного материала). Демонстрация слайдов, фильмов и видеофильмов делает процесс подачи информации более интересным, красочным. Очень эффективно в сочетании с другими способами обучения. Эффективность будет более высокой, если использовать аудиовизуальные средства не только документального, но и публицистического, художественного характера. Ведущему необходимо комментировать материал в процессе показа, поясняя проблемные моменты, либо после просмотра проводитьразбор (дать возможность участникам задать вопросы и ответить на них), при необходимости можно прерывать просмотр с целью комментариев и обсуждения.

Наглядные пособия (30 % усвоенного материала). Впроцессе получения информации человек отдает предпочтение определенным органам чувств, одни усваивают материал, воспринимаемый с помощью зрения, другие – при помощи осязания или слуха. Используя наглядные пособия, можно помочь участникам с различными типами восприятия. Достаточно эффективно использование участниками собственных рисунков на доске или ватмане.

Обсуждение в группах (50 % усвоенного материала). Это устный обмен мнениями между участниками занятия. Обсуждение углубляет понимание материала и предоставляет участникам возможность практического использования полученных знаний. Самые распространенные формы групповой работы – дискуссия и «мозговой штурм». Во время дискуссии иногда, особенно при обсуждении спорных вопросов, стороны не достигают единодушия, но при этом формируются ценностные установки, запоминаются новые факты, которые впоследствии могут оказать влияние на поведение участников. Как бы ни проходила дискуссия, удается найти общие позиции и выработать совместные решения. «Мозговой штурм» предполагает участие каждого члена группы в решении общей проблемы. Задав вопрос, ведущий записывает все поступающие варианты ответов. После этого поступившие предложения группируются по смысловому содержанию. Затем происходит оценка и анализ выдвинутых идей и предложений.

Обучение практикой действия (70 % усвоенного материала). Участникам предлагается представить себя в той или иной роли при решении жизненных ситуаций. Темы для деловых игр могут бытьразличны, но не следует копировать жизненные ситуации, имевшие место в реальной жизни участников. Вделовой игре участники играют роль какого-нибудь персонажа, а не свою собственную, что меньше смущает людей, когда нужно выражать свои чувства, эмоции, высказываться по тем или иным вопросам. Играя чью-то роль, участник может больше узнать о своих желаниях, стремлениях, привычках, стиле поведения, увидеть ситуацию глазами другого человека.

Выступление в роли обучающего (90 % усвоенного материала). Тот, кто знакомит с информацией других, сам усваивает 90 % преподаваемого материала. Эта форма работы наиболее эффективна в подростковой среде и используется при подготовке волонтеров.

Важной составляющей медико-гигиенического воспитания и образования является консультативно-оздоровительная помощь – вид медицинской помощи, включающий в себя оказание медицинских, информационных и образовательных услуг, выдачу рекомендаций, направленных на профилактику заболеваний и укрепление здоровья, а также консультирование специалистов, участвующих в ведении и лечении пациента.

Консультант – специалист с высшим медицинским или немедицинским (напр., медицинский психолог) образованием, имеющий специальную дополнительную подготовку и опыт, позволяющий оценивать состояние здоровья пациента и прогнозировать егоразвитие, консультировать, обучать пациентов и медицинских работников, оказывать медицинские услуги и разрабатывать программы проведения лечебно-оздоровительных мероприятий и оценивать их эффективность, вносить коррективы в лечебно-диагностический процесс.

Цель консультативно-оздоровительной помощи – оказание максимально-возможного содействия пациентам в снижении воздействия модулируемых факторов риска, профилактике заболеваний и их последствий путем проведения индивидуального профилактического консультирования. Указанная цель достигается путем формирования определенных взаимоотношений между специалистом – консультантом и пациентом. Модель подобных взаимоотношений может быть интерпретационной, при которой специалист выступает в роли советника, осуществляя помощь пациенту в достижении поставленных задач, или информационной, при которой специалист предоставляет пациенту всю имеющуюся информацию, касающуюся его состояния.

**Содержание рекомендаций для пациентов при профилактическом консультировании:**

При выявлении факторов риска пациент должен быть проинформирован о негативном их влиянии на здоровье и течение имеющихся заболеваний.

Повышенное АД может быть проявлением самостоятельного заболевания и фактором риска ССЗ, обусловленных атеросклерозом. Даже при однократно обнаруженном повышении АД необходимо информировать пациента о необходимости контроля АД и, особенно, самоконтроля в домашних условиях. Рекомендовать приобрести домашний тонометр, периодически измерять АД вне зависимости от самочувствия и регистрировать результат. Обсудить с пациентом факторы риска, способствующие повышению АД, обратить внимание на наследственность, сопутствующие заболевания. Необходимо дать совет бросить курить, если пациент курит, снизить избыточную массу тела, ограничить потребление соли, исключить алкогольные напитки (ограничить потребление). Рекомендуется повторное измерение АД, соблюдение рекомендаций, а при необходимости, медикаментозное лечение.

Все пациенты с повышением АД должны быть обследованы в соответствии со стандартом для уточнения диагноза. При наличии показаний для диспансерного наблюдения пациента необходимо информировать об объеме и частоте его проведения и мотивировать к его прохождению.

Нерациональное (нездоровое) питание. Сэтим фактором связаны такие биологические факторы риска как избыточная масса тела (ожирение), повышенное АД, гиперхолестеринемия, дислипидемия, гипергликемия. Врамках краткого консультирования пациенты с изолированным фактором риска «нерациональное питание» должны получить совет по здоровому питанию:

●сбалансированность пищевого рациона по энергопоступлениям и энерготратам для поддержания оптимального веса тела и по основным пищевым веществам (белки, жиры, углеводы, микроэлементы, витамины);

●ограничение потребления соли (не более 5г в сутки – 1чайная ложка без верха), «свободных» сахаров;

●ограничение животных жиров с частичной заменой на растительные жиры;

●потребление 2–3раза в неделю жирной морской рыбы;

●потребление ежедневно 400–500грамм фруктов и овощей (не считая картофеля);

●предпочтительное потребление цельнозерновых продуктов (хлеб, крупы).

Избыточная масса тела (ожирение):

●информировать о целевых уровнях массы тела для снижения риска заболеваний;

●рекомендовать снижение калорийности пищевого рациона и контроль массы тела в домашних условиях;

●рекомендовать пациенту самостоятельно оценить свой повседневный режим питания и двигательной активности;

●объяснить, что снижение избыточной массы тела требует волевых усилий самого пациента;

●объяснить опасность снижения массы тела путем примененияразличных «модных» диет, особенно голодания.

Устные советы необходимо сопровождать письменными рекомендациями в виде памяток, кратких брошюр, листовок и, при необходимости, адресовать пациента к достоверным источникам информации в интернете.

Пациенты с избыточной массой тела, выражающие желание снизить массу тела, должны быть направлены в кабинет (отделение) медицинской профилактики, при возможности, проконсультированы врачом-диетологом. Пациенты с ожирением, особенно с выраженным ожирением, должны быть проконсультированы врачом-диетологом и, при необходимости, врачом-эндокринологом.

Гиперхолестеринемия (дислипидемия):

●информировать о целевых уровнях общего ХС, липидных фракций. Калорийность пищи должна поддерживать оптимальную массу тела (для конкретного пациента). Ограничить потребление жира (включая растительные жиры), доля которого должна не превышать 30 % от суточной калорийности (при значительной избыточной массе тела – до 20 %);

●рекомендуется уменьшать потребление продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином (жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, шоколад, выпечка с содержанием жиров, желтки яиц и сами жиры – сало, масло сливочное, маргарины, кокосовое масло, пальмовое масло);

●ограничить продукты, богатые холестерином (яичные желтки, субпродукты, мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, животные жиры, а также сыр, сметана, сосиски и колбасы высокой жирности);

●насыщенные (животные) жиры должны составлять не более половины суточной потребности – около 25–30г/сут;

●предпочтение необходимо отдавать продуктам, богатым полиненасыщенными и мононенасыщенными жирными кислотами, которые содержатся также в жирных сортах рыб;

●рекомендуется потребление морской рыбы 2–3раза в неделю по 100–150г в видеразличных блюд;

●полезны растворимые пищевые волокна – пектины, которые связывают в кишечнике часть холестерина и выводят его из организма.

Гипергликемия:

●информировать о целевых уровнях глюкозы крови натощак, после приема пищи. Рекомендуется ограничение простых углеводов и животных жиров, снизить избыточную массу тела, контролировать АД. При наличии в анамнезе повышений уровня глюкозы крови провести полное обследование пациента в соответствии со стандартами медицинской помощи, при показаниях направить пациента на консультацию к эндокринологу;

●необходим контроль уровня глюкозы крови (рекомендовать контролировать уровень глюкозы в центре здоровья, кабинете медицинской профилактики или в домашних условиях – приобрести бытовой глюкометр).

Потребление табака/табакокурение:

●информировать о риске заболеваний вследствие курения;

●курение табака – один из наиболее опасных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхо-легочных, онкологических и других хронических заболеваний;

●пассивное курение также вредно, как и активное;

●нет безопасных доз и безвредных форм потребления табака. Так называемые «легкие» и тонкие сигареты также вредны для здоровья;

●отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте, вне зависимости от «стажа» курения;

●если курящий выкуривает первую утреннюю сигарету в течение первых 30 минут после подъема, то необходимо его информировать о высоком риске у него никотиновой зависимости, что расценивается как заболевание и требует медицинской помощи, объяснить необходимость обратиться в кабинет по оказанию помощи в отказе от курения (кабинет медицинской профилактики);

●при нежелании пациента бросить курить, повторить совет, дать памятку и рекомендовать при появлении такого желания обраться за медицинской помощью по отказу от курения;

●дать информацию о режиме работы кабинета медицинской профилактики или кабинета медицинской помощи по отказу от курения.

Низкая физическая активность:

●информировать пациента о том, что физическая активность, минимально необходимая для поддержания здоровья – это ходьба в умеренном темпе не менее 30 минут в день большинство дней в неделю. Здоровым людям целесообразно рекомендовать занятие физической культурой и спортом.

Подозрение на пагубное потребление алкоголя:

●информировать пациента о том, что у него имеется подозрение и риск чрезмерного (пагубного) потребления алкоголя;

●информировать о негативном влиянии алкоголя на здоровье, течение заболеваний и пр. (в зависимости от конкретной ситуации);

●при наличии возможности (времени), спросить пациента об его отношении к собственной привычке потребления алкогольных напитков и готовности снизить это потребление;

●дать памятку;

●при подозрении на наличие зависимости посоветовать обратиться за помощью к наркологу.

Подозрения на пагубное потребление наркотиков и психотропных средств:

●информировать пациента о выявленном факторе риска;

●оценить отношение пациента к потреблению наркотиков;

●стараться мотивировать к отказу;

●рекомендовать обратиться к наркологу.

Психо-эмоциональное напряжение:

●информировать о риске заболеваний;

●нормализовать повседневный режим труда и отдыха;

●обеспечить ночной сон длительностью не менее 7–8часов;

●использовать выходные и праздничные дни для полноценного отдыха;

●регулярно использовать отпуска;

●ввести в режим дня регулярные умеренные физические нагрузки;

●освоить техники релаксации (дыхательный тренинг, аутотренинг и т.п.)

При неэффективности приведенных выше методов снижения психоэмоционального стресса необходимо рекомендовать помощь специалиста – психолога или психотерапевта.

При клинически значимых тревожно-депрессивных расстройствах рекомендуется медикаментозная терапия.

**Медико-гигиеническое воспитание в различных группах населения**

Для более эффективного информирования населения гигиеническое обучение и воспитание осуществляется в различных целевых группах:

–по возрастному составу (дети в детском саду, школьники и учащиеся, студенты и т.д.);

–социальному статусу (работающие, пенсионеры);

–профессиональному признаку (работники промышленных предприятий, декретированные группы населения, работники служб безопасности и др.);

–по наличию заболеваний (артериальная гипертония, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.).

Формирование целевых групп целесообразно, т.к. при этом используются аналогичные формы и методы профилактических воздействий: например, профильные школы для больных сахарным диабетом, артериальной гипертонией и др.

Информация излагается с учетом возраста, уровня образования, наличия определенных факторов риска. При работе с населением на всех уровнях информация излагается доступно для широких слоев населения, без использования сложных медицинских терминов, носит позитивный характер.

**Гигиеническое воспитание в детских дошкольных учреждениях.** Дошкольный возраст является периодом наиболее интенсивного психического и физическогоразвития человека. Его здоровье, умственные способности и нравственные качества во многом зависят от социальных и гигиенических условий, созданных в периодразвития в раннем детстве. Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста тесно связано с общими проблемами воспитания. Гигиеническим воспитанием дошкольников должны заниматься родители, медицинские работники и педагоги детских дошкольных учреждений, врачи и медицинские сестры детских поликлиник. Его основными задачами являются: создание оптимальных условий внешней среды для правильного физического и психическогоразвития ребенка; формирование осознанных и прочных гигиенических навыков и соответствующего гигиенического поведения, способствующих здоровью; гигиеническая подготовка детей старшей группы к школе.

В дошкольном возрасте детям сообщаются знания и прививаются гигиенические навыки и привычки, направленные на предупреждение заболеваний, охрану и укрепление здоровья.

Все сведения даются с постепенным усложнением от одной возрастной группы к другой. Гигиеническое обучение должно носить целенаправленный характер. Важно исключить стихийное образование навыков и привычек, при котором они часто закрепляются неправильно, поэтому взрослые должны своевременно обучать ребенка гигиеническим приемам.

При работе с детьми необходимо учитывать особенности возраста: для детей дошкольного возраста следует использовать игры, сказки, красочные картинки для привития гигиенических навыков.

**Валеологическое образование дошкольников**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| В младшем дошкольном возрасте  –наразвитие представлений о своем внешнем возрасте;  –наразвитие умений и навыков своей личной гигиены;  –наразвитие представлений о принадлежности к женскому и мужскому полу, особенностях поведения мальчиков и девочек;  –наразвитие положительного отношения к себе и своему имени. | В среднем дошкольном возрасте  –наразвитие представлений о своем теле:  а)органы чувств;  б)дыхательная и пищеварительная системы;  –наразвитие представлений о здоровом образе жизни себя и своей семьи. | В старшем дошкольном возрасте  –на приобщение и нормам здорового образа жизни;  –обогащение представлений о здоровье, об организме, его потребностях, о способах предупреждения травматизма, закаливаний. |

Гигиеническое обучение и воспитание школьников складывается из классной, внеклассной и внешкольной работы, осуществляемой преподавателями всех предметов, медицинским персоналом учреждений, руководителями кружков, клубов, объединений. Классная работа ведется в соответствии с образовательными стандартами, учебными программами, методическими рекомендациями. Восновном вопросы гигиены освещаются в процессе преподавания природоведения, основ безопасности жизнедеятельности, труда, физической культуры, естествознания, биологии (образовательные учреждения), а также охраны труда, техники безопасности (образовательные учреждения с профессиональным обучением). Внеклассная и внешкольная работа включает: занятия на факультативах и вкружках «Юный медик», проведение бесед, лекций медицинским персоналом, индивидуальных консультаций, просмотр кино- и видеофильмов. Однако более эффективной является организация игровых (особенно в младших классах) и состязательных форм обучения и воспитания: викторин, олимпиад, театрализованных представлений, шоу, конкурсов с обязательным участием старшеклассников в программах для младших школьников, выпуске санитарных бюллетеней, листовок.

Для старшеклассников хорошим способом обучения и воспитания является организация конференций, диспутов, круглых столов. Мощным средством гигиенического воспитания является участие школьников в работе клубов, общественных объединений гигиенической и экологической тематики. Вработе со школьниками можно использовать их знания по гигиене, природоведению, биологии, анатомии, привлекать к работе педагогов.

Работа с женщинами, беременными, матерями направлена наразъяснение гигиены половой жизни, подготовку к материнству, обучению контрацепции (например, «Школа грудного вскармливания», «Школа планирования семьи» и др.).

Работа с контингентом промышленных предприятий направлена на ознакомление их с вопросами гигиены труда (борьба с шумом, сварочными аэрозолями, пылью и др.) личной гигиены (профилактика болезней кожи) и использование средств общей и индивидуальной защиты.

В сельской местности работа направлена на ознакомление населения с правилами работы с химическими удобрениями, ядохимикатами,разъяснение значения своевременной вакцинации против столбняка, важность дезинфекции и т.д.

Работа с больными также требует определенных правил: необходимо учитывать особенности психики больного, повышенный интерес к своему заболеванию.

Одним из путей формирования партнерства врача и пациента является обучение пациентов в Школах здоровья.

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.

Цель создания Школ – научить пациента сохранить здоровье, уменьшить проявления уже имеющегося заболевания и снизить рискразвития осложнений, повышение мотивации и улучшения выполнения пациентами врачебных рекомендаций, формирование партнерских отношений с врачом в лечении, реабилитации и профилактике, их взаимовыгодное сотрудничество. При посещении этих школ у пациентов формируется ответственность за сохранение своего здоровья, рациональное и активное отношение к здоровью, мотивация к оздоровлению, соблюдению режима лечения.

В России накоплен опыт работы Школ здоровья для пациентов с различными хроническими заболеваниями. Успешно проводятся занятия с больными артериальной гипертонией, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью, гастрошколы, тиреошколы, школы активного долголетия и некоторые другие. Накопленный опыт свидетельствует о высокой экономической эффективности данной стратегии. Проведения образовательных программ среди пациентов позволяет снизить количество больных с тяжелыми формами заболеваний, частоту визитов к врачу и число госпитализаций, сократить потери по временной нетрудоспособности и инвалидности, снизить смертность, улучшить качество жизни пациента и выработать у него правильное отношение к своему заболеванию и лечению.

Школы здоровья, школы для пациентов и лиц с факторами риска 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.

**К приоритетным задачам школ здоровья относятся:**

–повышение информированности отдельных групп населения в вопросах общественного и собственного здоровья и степени влияния на него факторов окружающей среды и иных рисков;

–формирование ответственности за здоровье и определение степени участия системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья;

–повышение уровня знаний, умений и навыков по самоконтролю за здоровьем и оказанию помощи самому себе в случаях, не требующих медицинского вмешательства;

–создание мотивации для здорового образа жизни и предупрежденияразвития отклонения и осложнений в состоянии здоровья, утраты трудоспособности и дезадаптации в обществе;

–формирование адекватных состоянию здоровья поведенческих реакций и здоровьесберегающих технологий;

–привлечение к вопросам сохранения и укрепления здоровья и иных заинтересованных организаций и специалистов;

–снижение непрофильной нагрузки на учреждения и специалистов первичной медико-санитарной помощи.

**Нормативно-правовое регулирование**

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

1.Приказы МЗ РФ о мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с различными заболеваниями и состояниями.

2.Приказ главного врача МУЗ об организации работы Школы здоровья в МУЗ.

3.Положение об организации работы Школы здоровья.

4.Критерии оценки эффективности работы Школы здоровья.

5.Анкета для проведения опроса занимающихся до и после цикла обучения.

**Принципы организации Школ здоровья:**

–вШколу направляются больные, не прошедшие обучение (первичный цикл) или больные, уже прошедшие обучение на повторный цикл (поддерживающий цикл). Численность пациентов в группе не более 8–10человек;

–занятия в Школе носят цикличный характер и проводятся в интерактивной форме. Полный цикл обучения в Школе состоит из 6–8занятий по 90минут;

–продолжительность обучения пациентов обычно составляет 1–2месяца;

–периодичность занятий – 1–2раза в неделю;

–продолжительность занятий 1–1,5часа.

**Структура занятий:**

–20–30 % – лекционный материал;

–30–50 % – практические занятия;

–20–30 % – ответы на вопросы, обсуждение, дискуссия;

–10 % – индивидуальное консультирование.

**Комплектация групп:**

–занятия проводятся в группах по 8–10человек;

–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;

–набранная группа пациентов является «закрытым коллективом», т.е. в процессе проведения занятий к ней не присоединяются новые больные;

–критерии исключения: нарушение когнитивных функций; наличие острых заболеваний или хронических заболеваний в стадии обострения; наличие хронических заболеваний в стадии декомпенсации.

В зависимости от профиля Школы здоровья к проведению занятий в Школах активно привлекаются врачиразличных специальностей, медицинские сестры, психологи и другие специалисты. Впоследние годы в проведении занятий в Школах значительное место отводится среднему медицинскому персоналу. Они проводят практические занятия, обучают пациентов правилам тонометрии, приемам доврачебной помощи, правилам ведения дневника самонаблюдения, индивидуально определяют факторы риска, проводят тестирование пациентов. После занятий заполняют листок-вкладыш в амбулаторную карту, журнал учета занятий, фиксируют наличие факторов риска у каждого проучившегося пациента для оценки эффективности проводимых занятий.

Таким образом, в целевых группах населения применяются идентичные методы и средства работы и решаются единые задачи гигиенического обучения и воспитания.

Профилактика заболеваний в семье в последние годы приобретает особую актуальность в связи с развитием системы общей врачебной практики. Место специалиста общей практики в системе здравоохранения уникально-он непосредственно общается с больным и его семьей, берет на себя ответственность за здоровье наблюдаемых, обеспечивает лечение и профилактику, привлекая для этого самые современные достижения медицинской науки, координирует усилия всех служб здравоохранения.

**ПРИМЕРНЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

Укажите один верный вариант ответа

**1**.К гигиеническому обучению и воспитанию населения не относится:

а)охрана и укрепление здоровья

б)предупреждение болезней

в)лечение заболеваний

**2**.Гигиеническое обучение и воспитание населения это:

а)охрана и укрепление здоровья

б)предупреждение болезней

в)сохранение активного долголетия

г)сохранение высокой работоспособности

д)всё верно

**3**.Принципы организации гигиенического обучения всё кроме:

а)государственный характер

б)плановость

в)массовость

г)участие только специально обученных медицинских работников

д)участие населения