БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра социальной работы и реабилитологии

СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой
социальной работы и реабилитологии

_____ Н.Н. Красовская

«_7_» _февраля_ 2018 г.

СОГЛАСОВАНО
Директор ГИУСТ БГУ

_____ П.И. Бригадин

«_7_» _февраля_ 2018 г.

Регистрационный номер №105

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА»

для специальности: 1-86 01 01 «Социальная работа» (по направлениям)

Автор: Вальчук Э.Э., кандидат медицинских наук, доцент

Одобрено и рекомендовано к утверждению учебно-методической комиссией ГИУСТ БГУ, протокол № 5 от 06.02.2018 г.

Рассмотрено и утверждено
на заседании Совета 7 февраля 2018 г.,
протокол № 3

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА 4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ 7
Тезисы лекций по дисциплине «СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА» 7
Тема 1. Предмет, объект, назначение, исторические и теоретические предпосылки социальной медицины 7
Тема 2. Теории сохранения здоровья в современной медицине. Социальные детерминанты здоровья. Этические ценности социальной работы и здоровья 20
Тема 3. Болезнь – стесненная в своей свободе жизнь 25
Тема 4. Социальная гигиена и социальная медицина в СССР и в XX столетии 31
Тема 5. Здоровый образ жизни в религиозных мировоззрениях и в светском образовании и воспитании 37
Тема 6. Защита общественного здоровья в альтернативной медицине Востока 42
Тема 7. Эпидемиологические акции здоровья и их социальное значение 49
Тема 8. Проблемы социальной медицины (общественного здоровья) 54
Тема 9. Социальные проблемы здоровья в декларациях и конвенциях ООН 60
Тема 10. Конституция: соматотип и темперамент в риске социально обусловленных болезней цивилизации 65
Тема 11. Медико-социальная работа в практике специалиста по социальной работе 697
Тема 12. Политика ВОЗ «Здоровье для всех» – задачи и стратегии последней четверти XX века 82
Тема 13. Политика ВОЗ «Здоровье всем в XXI столетии» 82
Тема 14. Здоровье молодежи и здоровье пожилых. Стратегия гармонии и принадлежности 933
Тема 15. Психическое и соматическое здоровье населения. 99
Тема 16. Социальное просвещение населения как стратегия общественной медико-социальной защиты населения 10903
Тема 17. Курение табака – механизм влияния медико-социального последствия, стратегии снижения зависимости 1144
Тема 18. Алкоголь – медико-социальные последствия, стратегии предупреждения и преодоления зависимости 11818
Тема 19. Генеалогия и семья в социальной виталогии. Кодекс семьи и здоровье 12727
Тема 20. Национальная интегральная программа профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ) 1400
Тема 21. Экология и здоровье. Медико-социальные последствия аварии на ЧАЭС и меры защиты населения 1455
Тема 22. Профессия, труд и здоровье, профессиональные болезни 1510
Тема 23. Несчастные случаи и травмы в быту и на производстве, социальные меры защиты населения 1611

Тема 24. Народонаселение и устойчивое развитие, демографическая безопасность 166
Тема 25. Этика и этикет в формировании здорового образа жизни населения, как стратегии социальной виталогии 1700
Тема 26. СПИД – медико-социальные причины, последствия, меры предупреждения и социальной защиты пострадавших 17676
2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ 1800
3. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ 205
ВОПРОСЫ К ЗАЧЁТУ 205
4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ 2144
УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ **(ФРАГМЕНТ) 214**
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ 239

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Учебно-методический комплекс (УМК) по дисциплине «Социальная медицина» предназначен для студентов 1 ступени получения высшего образования специальности 1-86 01 01 Социальная работа (по направлениям)». Дисциплина «Социальная медицина» относится к *циклу* специальных дисциплин.

Целью изучения дисциплины «Социальная медицина» является дать будущим специалистам по социальной работе теоретические компетенции и практические навыки, позволяющие обеспечить в рамках социальной медико-психологической помощи населению и социальной реабилитации личности решение следующих задач:

1. Профилактика социально зависимых болезней человека, посредством механизмов, методов и технологий, позволяющих управлять социальными детерминантами здоровья.

2. Коррекция поведенческих факторов риска болезней цивилизации, ведущих к основным социальным потерям, как на индивидуальном уровне, так и посредством групповых и популяционных мер, используя опыт общенациональной интегрированной программы профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ).

3. Сохранение и укрепление общественного здоровья социальными мерами, методами и технологиями социальной медицины.

4. Развитие и реализация в обществе основ этики здоровья, опираясь на социально-педагогические, социально-культурные, психологические составляющие общественного здравоохранения и общественной социальной защиты.

5. Предупреждение и минимизация социальных последствий ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности среди различных категорий населения, имеющего медико-социальные нарушения здоровья, опираясь на взаимодействие с медицинским сектором страны, региона (макроуровень), индивидуума (микроуровень).

6. Формирование на предприятиях, в учебных заведениях и административных территориях социальных программ здорового образа жизни, управления социально обусловленными показателями здоровья населения, опираясь на основные социальные детерминанты здоровья, обоснованные в программах Всемирной организации здравоохранения, декларации и конвенции ООН о правах инвалидов, стратегий ООН по народонаселению и устойчивому развитию.

7. Освоение технологий социального просвещения общества, обеспе-

чивающего более глубокое использование личностного потенциала граждан в реализации стратегий общественного здравоохранения, общественной социальной защиты, само- и взаимообслуживания в трудных жизненных ситуациях.

В результате изучения дисциплины «Социальная медицина» студенты должны

знать:

- научное представление о становлении и развитии дисциплины;
- понимание проблем социальной медицины;
- знание основных этапов становления и развития системы охраны здоровья населения;
- умение давать характеристику и оценку общественному и индивидуальному здоровью;
- умение выражать и обосновывать спою позицию по организации работы служб социальной помощи и формированию здорового образа жизни;
- знание основных методов и приемов, используемых в социальной медицине.

уметь:

− ориентироваться в психологических закономерностях развития человека на всех возрастных этапах;

− планировать и проводить психологическое обследование с использованием основных клинико-психологических методов (психодиагностическая беседа, сбор психологического анамнеза, психологический анализ биографии, естественный эксперимент);

− планировать и проводить психологическое обследование с учетом нозологической и возрастной специфики;

− планировать и проводить социально-психологическое исследование и диагностику;

− характеризовать процесс формирования и развития личности;

− находить наиболее рациональные подходы в объяснении личностных феноменов;

− осуществлять диагностику функциональных состояний человека в процессе труда;

− выделять профессионально значимые функции и качества при анализе профессиональной деятельности;

владеть:

− понятийно-категориальным аппаратом дисциплины;

− методологией социально-психологического анализа;

− методами социально-психологической диагностики;

− научными методами характеристики и оценки черт и качеств личности;

− основными методами и приемами диагностики функциональных состояний человека в процессе труда;

− методическими подходами к построению процесса социально-психологического сопровождения человека на разных стадиях его профессионального развития;

− базовыми научно-теоретическими знаниями психологии для решения теоретических и практических задач в социальной работе.

Содержание курса тесно связано с содержанием таких учебных дисциплин, как: «Психология», «Теоретические основы социальной работы», «Методы и технологии социальной работы».

УМК состоит из теоретического раздела, практического раздела, раздела контроля знаний и вспомогательного раздела.

Теоретический раздел включает тезисы лекций. Содержит структурированный теоретический материал по 27 темам дисциплины «Социальная медицина».

Практический раздел охватывает вопросы и ситуации для анализа и обсуждения на практических занятиях. Материалы УМК могут быть использованы для самостоятельной подготовки студентов к лекциям и практическим занятиям, что обеспечивает возможность «опережающего обучения», т. е. предварительного изучения студентами материалов темы лекции.

Раздел контроля знаний включает вопросы к зачету и экзамену по учебной дисциплине «Социальная медицина».

Вспомогательный раздел содержит фрагмент учебной программы по дисциплине «Социальная медицина», а также список рекомендуемой литературы.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Тезисы лекций по дисциплине «СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА»

Тема 1. Предмет, объект, назначение, исторические и теоретические предпосылки социальной медицины

Понятие социальной медицины

Социальная медицина (синоним – валеология – учение о здоровье, медико-социальные основы здоровья, медицина социальной среды и т.п.) занимает приоритетное место в системе социально-психологического и педагогического образования, изучается в системе просвещения работников социальных служб, менеджеров, в сфере туризма, сервиса, социальной защиты.

Социальная медицина как наука изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье человека, разрабатывает модели и предложения по развитию социальной инфраструктуры (социальная инфраструктура – социальные учреждения, организации, фирмы, удовлетворяющие потребности населения в медицине, образовании, жилье, транспорте, питании, отдыхе, торговле, денежном обращении и т.п.).

Основные направления и задачи социальной медицины

Основное направление социальной медицины – профилактическое. Оно охватывает своей деятельностью все системы государственных и общественных учреждений с целью профилактики заболеваний, гармонического развития физических и духовных сил, сохранения работоспособности и долголетия каждого человека

Задачи социальной медицины:

1. Социально-гигиеническое, правовое воспитание и обучение населения.

2. Вопросы сохранения здоровья и закономерности его изменения.

3. Влияние социальных условий и факторов внешней среды на здоровье человека и меры, направленные на его сохранение.

Социальная медицина является предметом, изучающим практически все аспекты человеческой жизнедеятельности.

Сложность предмета заключается:

а) в анализе факторов (социальных, психических, биологических, физических), которые складываются в общественных отношениях в целом в государстве. Исходя из результатов этого анализа, формируется политика государства по охране здоровья населения страны в целом и на отдельных ее территориях;

б) в формировании системы охраны здоровья населения в связи с изменением общественных отношений в государстве: система бесплатной медицины, система платных услуг в условиях рынка;

в) в разработке государственной политики, ее взаимосвязи и взаимообусловленности в направлении обеспечения воспроизводства своего населения.

Из вышеизложенного следует, что объектом социальной медицины является человек, а предметом труда в медицине – здоровье человека. Именно поэтому социальная медицина контролирует развитие социальной инфраструктуры, отвечая за сохранение и развитие здоровья населения в целом и каждого гражданина индивидуально.

Функции социальной медицины

. Изучает состояние здоровья населения.

2. Разрабатывает мероприятия по устранению и предупреждению вредного влияния внешней среды на здоровье человека.

3. Участвует в разработке государственных мер, направленных на укрепление здоровья человека в целях повышения уровня общественного здоровья.

4. Совместно с психологами, социологами, педагогами изучает широкий круг медицинских, социальных, экономических и правовых вопросов, реальные условия жизнеобеспечения населения.

5. Анализирует влияние на здоровье людей тех конкретных мер, которые разрабатывают сами врачи и работники социальных служб.

Понятие медицины и здравоохранения

Предметом социальной медицины и организации здравоохранения является не только история этой науки, но и история здравоохранения, наукой о закономерностях которой (и общественного здоровья) является социальная гигиена.

Исследование возникновения и развития медицинских знаний и медицинской практики (диагностики, лечения, профилактики болезней, реабилитации) тесно связано с изучением истории ее социальных основ и проблем, государственных, общественных мер по охране и укреплению здоровья с историей здравоохранения.

История здравоохранения – это история социальных, общественных функций (обязанностей) в медицинской деятельности.

Медицина – это не только социальная деятельность, обязанность общественных структур по охране здоровья, но и совокупность возникших с первых шагов человечества взглядов, знаний о болезнях и здоровье и соответствующих действий людей по лечению, профилактике болезней на всех

уровнях – и индивидуальном, групповом, и по отношению ко всему населению.

Если здравоохранение трактовать таким образом, то оно появилось в глубокой древности.

Развитие медицины в глубокой древности

Из истории известно, что на ранних стадиях развития человеческой общины из ее состава выделялись люди, умудренные житейским опытом (старейшины), шаманы, колдуны и так далее. Они избавляли больных от страданий путем заклинаний, ритуалов, а также использования накопленного опыта народной медицины. В период матриархата забота о благополучии семьи и здоровье перешла к женщинам, которых славяне ласково и уважительно называли "берегинями". В последующем, когда образовались племенные союзы, княжества, города, города-государства, управители этих сообществ наряду с другими общественными заботами уделяли внимание и здоровью соплеменников, сограждан – способствовали обучению, подготовке лекарей, нанимали их для контроля за гигиеническими, санитарными мерами, предохраняющими от наибольшей опасности для здоровья в те времена эпидемических болезней.

Религиозные общины, в особенности христианские, возникающие с 1 в. н. э., также брали на себя заботу об "убогих", больных, вплоть до устройства храмовых лечебниц. Правители, государственные власти, как правило, поддерживали церковные, монастырские больницы.

Основоположником учения о медицине принято считать древнегреческого врача Гиппократа, деятельность которого относится к 5 в. до н.э. Гиппократ считал, что каждое заболевание является поражением всего организма, так называемой дискразией. Другой известный врач древности – Гален, живший во 2-3 в. н. э., дополнил учение Гиппократа: он считал, что при болезни важное место занимают и местные поражения – очаги – в тех или иных органах и системах. Большое место в истории медицины занимает имя врача Древнего Востока Абу-Али-Ибн-Сины (Авицена). В его рукописях имеются рекомендации, не потерявшие значения и в настоящее время.

На протяжении веков не было строгой дифференциации медицинских специальностей: все, что относилось к оперативным вмешательствам, называлось хирургией (рукодействием), а все остальное (за исключением того, что относилось к акушерству) было объединено (туберкулез, другие болезни, нервные, кожные, инфекционные).

До 16 в. медицинское дело не подлежало юрисдикции центральной государственной власти: и устройство лечебниц, и обучение врачей в медицинских школах осуществлялось на локальном или региональном уровнях светскими и религиозными властями, то есть не было общенациональных ор-

ганизаций, служб или систем здравоохранения. И только со времени консолидации централизованного русского государства под властью Москвы, создания центрального аппарата управления государством в числе других органов и учреждений управления стали образовываться государственные центральные медицинские учреждения и издаваться соответствующие установления по медицинскому делу. В 1581 году была открыта первая аптека, выполняющая функции по оказанию медицинской помощи царю, его семье и ближним боярам.

Вскоре после этого была образована аптекарская палата, при ней организовались учебные медицинские учреждения. Например, в 1654 году открыта лекарственная школа.

Петровские реформы конца 17 – начала 18 вв. привели к организации всего медицинского дела.

В конце 18 века появились новые методы диагностики и лечения. Они основывались на развитии естествознания, исследованиях в биологии, позволивших раскрыть некоторые новые аспекты возникновения и механизма развития заболеваний внутренних органов.

В середине 18 века Цельсий изобрел термометр для измерения температуры тела. Эндбру Ауэбруггер предложил метод диагностики с помощью выстукивания (перкуссии).

В 1819 году французский врач Лаженек разработал метод диагностики с помощью выслушивания (аускультация). В 19-20 вв. в медицинскую практику вводятся новые важные методы диагностики. Появляются приборы, позволяющие измерить артериальное давление.

В конце 19 века Рентген открыл "Х"-лучи, с помощью которых можно было просветить органы и ткани и выявить те или иные патологические процессы. Соответственно расширился и арсенал лечебных методов. В частности, огромную роль сыграла вакцинация, которую начали применять для борьбы с рядом опасных и распространенных инфекционных заболеваний.

Необходимо коротко остановиться на деятельности наиболее выдающихся отечественных клиницистов.

Мудров Матвей Яковлевич (1776-1831 гг.) – профессор Московского университета. Им создана схема больного и введена в практику история болезни как документ, позволяющий последовательно фиксировать данные о болезни. Мудров выдвинул тезис о том, что заболевание легче предупредить, чем лечить. Он является основоположником профилактического направления в медицине.

Большое значение в лечении Мудров придавал не только медикаментам, но и физическим методам, диете, выдвинул принципы индивидуального подхода к больному, подчеркнул важность психотерапии. М. Я. Мудров по-

гиб на боевом посту, принимая активное участие в борьбе с холерой во время ее эпидемии в Петербурге.

Боткин Сергей Петрович (1832-1889 гг.) был профессором Военно-медицинской академии в Петербурге, основоположник самой большой терапевтической русской школы. С его именем связано развитие физиологического направления в отечественной медицине. Им введены в практику методы пальпации органов брюшной полости, подробно описан инфекционный гепатит. С. П. Боткин придавал большое значение эксперименту и, в частности, исследованию механизма действия лекарственных веществ на живой организм; им разработаны сохранившие значение и до настоящего времени методики лечения сердечной недостаточности с помощью наперстянки и других лекарственных веществ. Боткин разрабатывал Положение о военных терапевтах, организовал общество сестер милосердия.

Захарьин Григорий Антонович (1829-1897 гг.) – профессор Московского университета. Разработал метод подробного опроса больного с тщательным анализом жалоб, истории заболевания, истории жизни, что не потеряло значения и в настоящее время.

Участвуя в проведении реформы высшего медицинского образования, Захарьин выступал за выделение в качестве самостоятельных специальностей детских болезней, гинекологии и др. Предложил ряд новых методов лечения, в частности применение ртути (коломель) при циррозе печени, установил строгие показания и противопоказания к лечению ряда заболеваний кровопусканием с помощью медицинских пиявок и венопункции или веносекции. Предложил классификацию ТВС легких. Описал клиническую картину сифилитических поражений внутренних органов (Cor, Pulm).

Павлов Иван Петрович (1849-1936 гг.) – крупнейший физиолог, труды которого получили мировую известность и легли в основу ряда концепций о заболевании внутренних органов.

Кончаловский Максим Петрович (1875-1942 гг.) – профессор 1-го и 2-го Московских медицинских институтов. Разработал учение о начальных проявлениях различных внутренних болезней. Им была создана теория преморбидных состояний (предболезнь), что позволило выработать ряд рекомендаций по профилактике и лечению заболеваний внутренних органов. Кончаловский основал журнал "Терапевтический архив" и в течение многих лет был его главным редактором.

Как показывает исторический опыт, системы или комплексы здравоохранения стали возможны лишь в условиях развитого капитализма, со второй половины 19 века.

История развития учения о внутренних болезнях в нашей стране связана с развитием государственной системы здравоохранения, основанной на

общедоступности, бесплатности, высококвалифицированной медицинской помощи.

Важнейшим документом было Положение-декрет ВЦИК от 22 декабря 1917 г. "О страховании на случай болезни", которое обязывало больничные кассы оказывать застрахованным рабочим, служащим и членам их семей бесплатную медицинскую помощь за счет предпринимателя. При Наркомздраве был создан Центральный медико-санитарный совет.

В конце 20-х годов в стране появились новые учреждения – Санитарно-эпидемолоческие станции для борьбы с инфекционными и паразитарными болезнями, центры по оздоровлению окружающей среды.

В перестройке медицинского образования большую роль играли новые кафедры, особенно кафедры социальной гигиены, организованные с 1922 года. Их роль была особенно велика во внедрении в медицину профилактических начал, развитии гигиенических дисциплин, общественных основ медицины. Важным методом профилактики объявлялась диспансеризация.

В связи с реконструкцией промышленности и сельского хозяйства особенно актуальной была проблема борьбы с профессиональными заболеваниями и травматизмом.

XX век вошел в историю как век мировых войн и революций. Рушились казавшиеся ранее незыблемыми империи, менялась картина мира. Самое страшное, что приносят войны и революции, – это разрушение социально-психологической защиты как населения в целом, так и конкретных людей в частности. Бытовые инфекции и инактивные факторы становятся чрезвычайно вирулентными для физически, психически и морально ослабленных людей.

Войны XX века впервые явили миру оружие массового поражения, вызывающее массовые заболевания. После сражений первой мировой войны человечество узнало заболевания от использованных в качестве оружия отравляющих веществ. С медико-социальными последствиями применения ядерного оружия оно не может справиться со времен второй мировой войны. Современным страшным оружием стали противопехотные мины (движение против их использования имеет широкий общественный резонанс). «Неясный» биологический фактор начал оказывать серьёзные болезненные последствия на участников «бури в пустыне». Еще до конца неизвестны последствия применения ДДТ американцами во время войны во Вьетнаме.

Мы назвали лишь некоторые аспекты медико-социальных проблем, возникающих в результате революций и войн. К ним, безусловно, следует отнести также нравственные и правовые аспекты, предполагающие общие проблемы социальной медицины и этики (например, права человека), социальной медицины и пенитенциарной социологии (речь идет о всплеске мас-

совой преступности, выступающей как результат социальных катаклизмов), социальной медицины и социальной психологии (современные научные знания ставят на повестку дня учет комплекса неполноценности, который охватывает побежденный народ, и комплекс вины, испытываемый народом-победителем). Здесь же приходится упомянуть и такую серьезную проблему для социальной медицины, как миграция огромных масс населения, сопровождающаяся многочисленными психическими нарушениями и травмами.

Карл Ясперс: от «Общей психопатологии» к философии и социальной медицине

Простому ассистенту психиатрической клиники в Гейдельберге К.Ясперсу известность принесла книга «Общая психопатология», которая была опубликована в 1913 г. как учебник по психиатрии для студентов. Закончив ее, Ясперс сложился не только как клиницист-психиатр, но и как философ. Вряд ли он исчерпал себя как врач-практик и теоретик, но в 1915 г. он отошел от медицинской деятельности. В 1919 г. он заканчивает «Психологию мировоззрений», которая принесла ему славу теперь уже как философу. А затем увидели свет блестящие работы «А. Стринберг и В. Ван Гог» (1922) и «Ницше» (1936). К нашумевшим работам К.Ясперса нужно отнести также трактат «О немецкой вине» (1946). Он был автором множества публикаций на самые различные темы, и его публичные выступления собирали многочисленную аудиторию. Но он всегда оставался врачом...

При жизни Ясперса вышло семь изданий его «Общей психопатологии». В первых четырех много «философичности», поскольку автор обращается к социальным аспектам медицины. Но в главах 10 (Наследственность) и 14 (Биографика) Ясперс выходит на новые позиции – на позиции социального медика. Разделы «Наследственность как фундаментальный факт бытия», «Применение генетики в психопатологии», «Исследование по близнецам» (намного опередившее споры по ныне актуальной проблеме планирования) представляют существенный интерес для современной социальной медицины. Часть 5 книги неоднократно переписывалась. Только в седьмом издании она была окончательно завершена, и Ясперс выступает здесь как сформировавшийся социальный медик.

Ясперс – первый в истории социальной медицины XX века психиатр, внесший в развитие и становление ее предмета значительный вклад. Ясперс подходил к больным и осмысливал клинические феномены болезней как мыслитель широкого кругозора. Поскольку критерием истины для врача является выздоровление его пациента, Ясперс нашел необходимым, во-первых, обращаться к социальным предпосылкам заболеваний (в том числе и наследственным), а во-вторых, учитывать их социальные последствия. Будучи фи-

лософом, за каждым конкретным заболеванием он видел социальные истоки и место в общей картине показателей состояния общественного здоровья.

Карла Ясперса по праву можно считать первым врачом, положившим начало исследованию такого важного аспекта социальной медицины, как «здоровье и общественные катаклизмы». «Общая психопатология», если её прочитать под этим углом, есть не что иное, как энциклопедия человеческих реакций (не только психических, но и соматических) в экстремальных условиях. Ясперс был врачом-философом и работал во время тотальной перекройки мира. Особо следует подчеркнуть его научное предвидение: он наметил и определил многие направления дальнейшего развития социальной медицины (социо-биологическую и социо-психологическую проблемы; узловые проблемы, общие для социальной медицины и пенитенциарной социологии; проблему влияния научно-технического прогресса на здоровье людей и т.д.).

Не менее ясно, чем Ясперс, понимал необходимость новых подходов к традиционной клинической медицине Альфред Гротьян. Но его новации строились на несколько иных основаниях.

А. Гротьян родился в 1869 г., в семье потомственных врачей. Одновременно с медициной он увлекался социологией, политэкономией, социальной экономией. Работая в Берлине в должности врача-ординатора неврологической поликлиники, он приобрел известность как участник политических дебатов и активный член политико-экономических семинаров Г. Шмоллера. Совмещение этих его интересов сделало его пионером нового течения врачебно-гигиенической мысли Германии.

Гротьян стремится обосновать науку о здоровье социологией, социальной и политической экономией. Его научные представления приведены в монографии «Социальная патология», которую по праву можно назвать первым учебником по социальной медицине XX столетия. В этой книге Гротьян рассматривает основные группы заболеваний с точки зрения их социальной обусловленности, законов распространения, социальных последствий и путей социального противодействия им. Кроме того свои идеи он широко пропагандирует в различных статьях и журналах, выходивших на всех европейских языках, в том числе и на русском. С 1920 г. он успешно формирует социальную гигиену как новую дисциплину и становится первым в Германии профессором социальной гигиены в Берлинском Университете. В последние годы жизни его научные интересы были прикованы к проблеме рождаемости. Он был сторонником рационализации размножения человека, видя на этом пути возможность преодоления наследственных заболеваний.

В нашей же стране до недавнего времени социальная гигиена являлась теоретической и практической основой организации здравоохранения. Важную роль в таком положении дел сыграл в свое время Н.А. Семашко.

Николай Александрович Семашко вошел в нашу историю прежде всего как выдающийся государственный и партийный деятель. Участник революции 1905—1906 гг. и Октябрьской революции, по образованию врач, в 1918 г. он стал наркомом здравоохранения РСФСР. Под его руководством осуществлялось строительство советского здравоохранения. В 1922 г. по инициативе и под руководством Н.А. Семашко на медицинском факультете I Московского Университета была организована кафедра социальной гигиены. Подобную кафедру во II Московском Университете в 1923 г. организовал и возглавил З.П. Соловьев, единомышленник и соратник Семашко. Ас 1927 по 1936 г. под руководством Н.А. Семашко вышли 35 томов Большой медицинской энциклопедии. Как врач-организатор Семашко проявил себя безукоризненно в решении наисложнейших медицинских задач времен Гражданской войны и в последующие за ней годы разрухи. Будучи убежденным большевиком и прочно стоя на платформе марксистско-ленинско-сталинской идеологии, в этом ключе он проводил и реформы здравоохранения. Семашко искренне считал, что «...болезни (не только инфекционные, но и сердечно-сосудистые, нервно-психические и др.) есть пережиток прошлого государственного строя, что при коммунизме их не будет. Коммунистическое общество есть общество здоровых людей. Улучшением условий труда и быта, развитием гигиены (что порой сводилось к требованию «мойте руки перед едой!»), полноценным питанием, физкультурой... можно решить в советском обществе все медицинские проблемы!»

Петр Борисович Ганнушкин (1875—1933) считается основателем советской научной школы психиатрии. Дружба с А.В. Луначарским, Я.М. Свердловым, Ф.Э. Дзержинским позволяла ему продвигать свои «научные установки». Благодаря «научным установкам» красного профессора, силами компетентных органов бомжи, калеки, юродивые, «людишки» в одну ночь были собраны и выселены из Москвы за 101 км. Так образовался мегаполис для «психически неполноценных» (выражение тоже Ганнушкина) – ныне всемирно известная, крупнейшая в России психиатрическая больница им. В.П. Яковенко. Этой общественно полезной акцией он приобрел себе звание «социального психиатра». Ганнушкин полагал, что «психиатрия в классовом обществе, особенно во время жесточайшей классовой борьбы, не может не быть репрессивной». Лица, которые вели антисоветскую пропаганду и агитацию, распространяли заведомо ложные измышления, порочащие государственный и общественный строй, были отнесены им к так называемым «пограничным характерам» и поэтому могли быть госпитализированы принудительно в психиатрические больницы.

В 1923 г. в СССР был приглашен молодой швейцарский профессор психиатрии, ученик корифея немецкой и европейской психиатрии

Е.Блейлера, друг К. Юнга и З. Фрейда, Иван Борисович (Иоганн Борух) Галант . Пригласил его А.В. Луначарский без ведома П.Б. Ганнушкина, посулив Галанту кафедру психиатрии в Москве. Ганнушкину новый маститый конкурент был ни к чему, и он методически его «изводил».

Вначале Ганнушкин придрался к Галанту формально: дипломы доктора и профессора были не советские (хотя Галант защитился в ведущей мировой психиатрической клинике!), значит, не могут быть признаны в СССР. Иван Борисович преодолел эту преграду, успешно защитившись в Москве и став доктором наук по психиатрии. Тогда начинаются гонения с другой стороны: еврея Галанта объявляют «троцкистом». Ганнушкин «по дружбе» кладет его в психиатрическую клинику, «чтобы избавить от тюрьмы для политзаключенных». Галант проводит год в психиатрической клинике, вплоть до смерти Ганнушкина. Затем, в 1935, уезжает на Дальний Восток, где формирует кафедру психиатрии в Хабаровском Государственном Медицинском институте, которую возглавляет вплоть до 1968 г.

П.Б. Ганнушкин, как и Н.А. Семашко, представляли собой лицо советского здравоохранения на ранних его этапах. С годами это «лицо» мало изменялось, разве что дряхлело, пока не исчезло вместе с государственной системой. Конечно, в СССР были хорошие психиатрические школы (в том числе Московская и Ленинградская), это признавалось во всем мире. Но социальные нужды и проблемы решались нередко отечественными психиатрами как политические и идеологические задачи.

Перед Второй мировой войной в Англии сложилась такая ситуация, что о необходимости создания новой медицинской дисциплины – социальной медицины – заговорили все. Прежде всего, о них заговорили деловые люди, имевшие прямое отношение к массам больных людей, продолжавших, тем не менее, работать. Как показывали статистические расчеты, множество людей в Англии заболевали не по причине бедности, плохого питания, плохих жизненных условий и не под воздействием вредных для здоровья факторов. Клинические врачи и эпидемиологии это состояние никак объяснить не могли: новые болезни, с их точки зрения, не возникали, а старые они продолжали успешно лечить по-старому. Эпидемий тоже не было. Но демографические показатели резко изменились в худшую сторону: снизилась рождаемость, «помолодела» смертность, увеличилось число случаев так называемой «скоропостижной смерти». Одновременно в Англии стала расти кривая самоубийств и...детской преступности. Социальные психологи – первые, к кому обратились за объяснением такого положения в обществе, – не могли дать научное объяснение происходящему. Однако появилось новое определение – «социальная медицина». Вскоре по высочайшему повелению придворному профессору (психиатру по специальности) Дж. А. Райлу было поручено ор-

ганизовать Институт социальной медицины, который должен был войти в структуру Оксфордского Университета. Так в Оксфорде, в 1940 г. возник первый в мире Институт социальной медицины, ректором которого стал Дж. А. Райл.

В течение года социальные институты возникли и в других городах Великобритании: сначала в Бирмингеме, а потом и в Эдинбурге. Прошли и научные конференции и симпозиумы по социальной медицине. В них принимали участие врачи, наркологи, гигиенисты и биологи, философы, актеры, социальные психологи, бизнесмены, банкиры и военные, экономисты, юристы, политологи. Всех интересовало одно – перспективы социальной медицины в деле оздоровления общества и нации.

Первое, что сделал Институт социальной медицины, – абсолютно обособился от больниц, клиник и учреждений, занимавшихся профилактикой заболеваний. Дж. Райл называл социальную медицину «побочным ребенком клинической медицины и общественного здоровья». Он говорил, что «те и другие (учреждения клинической медицины и профилактики) за деревьями (т.е. конкретным больным или болезнью) не видят леса!», т.е. состояния общественного здоровья).

Однако Оксфордскому Институту социальной медицины было не суждено развернуться и решить хотя бы одну из актуальных проблем общественного здоровья Великобритании – началась война. Деятельность Института во время войны была подчинена фронту: он превратился в обычный военный госпиталь. В послевоенное время обстановка в мире изменилась. Институты, ассоциации, фонды, лаборатории, кафедры социальной медицины стали открываться во всех странах Западной Европы и, разумеется, в США.

США шли своим путем к осознанию необходимости создания институтов социальной медицины. Если в СССР в предвоенные годы за общественное здоровье отвечали социальные гигиенисты (а за «оральное здоровье» – социальные психиатры), то в США за то и за другое отвечали социальные психологи. Американское общество тогда процветало и, действительно, было стабильно. Поэтому вопросов об общественном здоровье американского народа тогда не возникало. Правда, практикующие врачи сталкивались с необходимостью при подходе к пациенту учитывать такие, например, его социальные данные, как наличие или отсутствие у него семьи; степень удовлетворенности своей работой или местом жительства. Эти вопросы возникали у врачей – интернистов. Появились книги, написанные терапевтами, такие, как: «Пациенты имеют семьи» (Генри Ричардсон, 1943), «Пациент как личность» (изучение социальных аспектов болезни) (Кэнди Робинсон, 1940).

Положение в корне изменилось после второй мировой войны. Назревал глубокий социальный катаклизм: « Все вдруг поняли, что общество больно, и

эта боль идет не от ран!» Так сказал выдающийся американский писатель Дж. Сэлинджер. А видный американский экономист Пол Сэмюэлсон решил, что «цикл благополучия для Америки закончился». Многие при этом считали, что причина болезни кроется в том, что американцы, сбросив на Японию атомные бомбы, нанесли себе тяжелый моральный ущерб. Как пришла американцам мысль искать спасение в социальной медицине? Они, разумеется, знали о существовании Института социальной медицины в Оксфорде. Но опыта тот институт (как и другие, в том числе его филиалы) приобрести не успел. Не было даже концепции социальной медицины. Первый американский институт социальной медицины возник в 1946 г. при Нью-йоркской Медицинской Академии. Возглавил его терапевт, доктор медицины, Яго Гальдстон. Открытие Института произошло вслед за появлением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Генеральный директор ВОЗ Брок Чишолм выступил с речью, отметив, что этот Институт – краеугольный камень будущего здания здоровья Планеты. Институт поддержали финансами Милбанк, Мемориальный Фонд, Рокфеллеровский Фонд.

В Институте действовали следующие факультеты: истории медицины, философии и социологии медицины, гигиены, психологии, психиатрии, эпидемиологии, гигиены питания, социальной педагогики, социальной криминологии, планирования и маркетинга и др. К столетию Нью-Йоркской Медицинской академии Институт социальной медицины провел Первую международную конференцию (1947 г.), опубликовав свои материалы «Социальная медицина: её истоки и объекты».

Затем, под влиянием британского и американского Институтов социальной медицины, стали открываться колледжи, которые готовили социальных работников, социальных педагогов, социальных юристов и, конечно, социальных медиков. В Англии и Америке стали создаваться инфраструктуры социальной защиты населения.

В других же странах Западной Европы (в Италии, Франции, Испании, Бельгии, Западной Германии, Норвегии, Австрии) Институты социальной медицины появились лишь в 60-х гг. До сих пор их нет в Голландии, Швейцарии, Дании, Швеции.

После становления Советского государства психиатрия берет под свою «опеку» психическое здоровье человека (включая в него нравственное, политическое и идеологическое).

Советскую психиатрию олицетворяли Институт Общей и Судебной психиатрии им. В.П. Сербского и Андрей Владимирович Снежневский, советский психиатр, основатель научной школы, академик.

Если во времена П.Б. Ганнушкина чрезвычайно высок был процент психопатий, то во времена А.В. Снежневского – шизофрении. Оппоненты

обвиняют его в том, что, будучи на службе карательных органов, он «выдумал» так называемую «вялотекущую шизофрению»[1]. Это, по Снежневскому, форма шизофрении, протекающая без явного бреда и галлюцинаций, долго не приводящая к слабоумию. Чаще всего она проявляется асоциальностью или антисоциальностью образа жизни пациента. Естественно, в эту группу попадали все инакомыслящие, уклоняющиеся от службы в армии, пытающиеся уйти в монастыри, бродяги. Яркие примеры – поэты Иосиф Бродский и математик А.С. Вольпин-Есенин. Именно за счет этой формы больных шизофренией на душу населения в нашей стране в 80-ые годы было в 3 раза больше, чем в США, в 2 раза больше, чем в Западной Германии, Австрии и Японии. Диагноз «вялотекущей шизофрении» (а значит и пожизненный учет в ПНД) мог быть выставлен и амбулаторно, и согласно письменным заявлениям соседей, или родственников, или сослуживцев «больного». Человек, получивший диагноз «вялотекущей шизофрении», выпадал из социальной жизни (так, к примеру, ему нельзя было управлять автомобилем, работать в отдельных учреждениях, поступать во многие ВУЗы, он становился невыездным и т.д.). Перед каждым праздником или государственным мероприятием многих таких больных без их согласия госпитализировали.

Однако, сколько существует цивилизованное общество, столько объявление инакомыслящих «сумасшедшими» практиковалось власть предержащими. Вспомним хотя бы Сократа, «железную маску», Пьера Огюстена Бомарше, Френсиса Бэкона, Оскара Уайльда, Г.Я. Чаадаева, «диссиденствующего» князя-беглеца В.П. Долгорукого...

В 1972 – 1973 гг., по специальному соглашению Советского Правительства с Президентом США Р. Никсоном во время его визита в СССР в наши психиатрические больницы были допущены американские эксперты. По предложению экспертов из больниц были выписаны все «инакомыслящие». Это были единицы. В 1988 – 1989 гг. с психиатрического учета были сняты около двух миллионов человек.

Сам Снежневский утверждал, что благодаря действиям советских психиатров, многие люди спаслись от тюрем, лагерей, неминуемой смерти.

Но так или иначе, стоит ли удивляться, что правозащитники в нашей стране брали и берут на себя непосильный труд, занимаясь здоровьем нации? Однако правильнее будет, если этим займутся социальные медики.

Многое, что произошло в период распада СССР, не могло не отразиться на состоянии здоровья народа. «Мы живем в больном обществе» – это, увы! не иносказание. Появились новые социальные контингенты сограждан – бомжи, мигранты, вынужденные переселенцы. Социальные катаклизмы, по-

трясшие нашу страну, физически и психически травмировали общество. Появилась огромная масса инвалидов.

Сократ сказал: «Здоровье – это все, но все без здоровья – ничто». В нашей стране сейчас ничто не стоит так дорого и не ценится так дешево, как здоровье. Появились разного типа знахари, колдуны, лекари, через средства массовой информации идет реклама сомнительных «лекарств», расцвела коммерческая медицина.

В печати, по телевидению постоянно проходит информация о землетрясениях, кораблекрушениях, взрывах с человеческими жертвами, террористических актах, заложниках и т.д. Все это не может не иметь удручающих социальных последствий для общественного здоровья. Безнадзорность рекламы со стороны органов здравоохранения, даст, как минимум, развитие в ближайшем будущем массовых токсикоманий (от употребления пищевых продуктов с химическими добавками). Как показывает зарубежный опыт, будут негативные последствия и от эротизации массового сознания.

Тема 2. Теории сохранения здоровья в современной медицине. Социальные детерминанты здоровья. Этические ценности социальной работы и здоровья

К показателям здоровья населения относятся: медико-демографические, показатели заболеваемости и распространения болезней (болезненность), инвалидности и физического развития населения.

Медико-демографические, в свою очередь, разделяются на показатели естественного движения населения (рождаемость, смертность, естественный прирост населения, средняя продолжительность предстоящей жизни, брачность, плодовитость и т. д.) и показатели механического движения населения (миграция населения: эмиграция, иммиграция).

Показатели естественного движения населения – рождаемость и смертность – исчисляются на основе регистрации каждого случая рождения и смерти в отделах записи актов гражданского состояния (ЗАГС). Рождение и смерть регистрируются на специальных бланках «Акт о рождении», «Акт о смерти», которые, в свою очередь, составляются на основании Справки о рождении и Врачебном свидетельстве о смерти.

Показатель (коэффициент) рождаемости – число рождений в год, приходящихся на 1000 чел.

Средний показатель рождаемости составляет 20-30 детей на 1000 чел.

Показатель (коэффициент) общей смертности – число умерших в год на 1000 чел.

Средний показатель смертности составляет 13-16 умерших на 1000 чел. Если смертность в старческом возрасте является следствием физиологиче-

ского процесса старения, то смертность детей, в первую очередь в возрасте до одного года (младенческая), есть явление патологическое. Поэтому младенческая смертность является показателем социального неблагополучия, неблагополучия здоровья населения.

Уровни смертности в течение 1-го года жизни также неравномерны: наиболее высокая смертность приходится на 1-й месяц жизни, а в 1-м месяце – на 1-ю неделю. Поэтому особое внимание уделяется следующим показателям младенческой смертности (на 1000 чел.):

Термин «перинатальная смертность» означает смертность «вокруг» родов. Различают антанатальную смертность (до родов), интранатальную смертность (в родах), постнатальную смертность (после родов), неонатальную (в течение 1-го месяца жизни) и раннюю неонатальную (в течение 1-й недели жизни) смертности.

Антанатальная и интранатальная смертности составляют мертворождаемость.

Основными причинами перинатальной смертности являются родовые травмы, врожденная аномалия развития, асфиксия и т. д. На уровень перинатальной смертности влияют следующие факторы: социально-биологические (возраст матери, ее состояние во время беременности, наличие абортов в анамнезе, число предыдущих родов и т. д.), социально-экономические (условия труда беременной, материальное положение, семейное положение, уровень и качество медицинской помощи беременным и новорожденным).

На детскую смертность, как показали исследования, влияют следующие группы факторов: социально-экономические и определяемый ими образ жизни, политика в области здравоохранения, охрана здоровья женщин и детей, специфические методы борьбы с детской смертностью, вытекающие из мед и ко-социальных причин.

Важнейшим показателем здоровья населения является младенческая смертность – смертность детей в возрасте до 1 года, рассчитываемая на 1000 рожденных живыми в течение одного года. Она определяет большую часть детской смертности, влияет на все демографические показатели. Низкий показатель младенческой смертности составляет 5-15 детей на 1000 чел. населения, средний – 16-30, высокий – 30-60 и более.

Естественный прирост населения – разность между рождаемостью и смертностью населения из расчета на 1000 чел. населения.

В настоящее время в странах Европы наблюдается снижение естественного прироста населения за счет снижения рождаемости.

Средняя продолжительность предстоящей жизни – число лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению родившихся или числу сверстников определенного возраста, если предположить, что на всем протя-

жении их жизни смертность будет такой же, как в год исчисления. Как следует из определения, этот показатель рассчитывается по данным возрастной смертности с применением специальных таблиц смертности и статистических методик исчисления. В настоящее время высоким показателем считается 65-75 лет и более, средним 50-65 лет и низким 40-50 лет.

Показателем постарения населения является доля лиц 60 лет и старше. Высоким уровнем постарения населения считается, если такая возрастная категория составляет 20 % населения и более, умеренным постарением – 5-10 %, низким – 3-5 %.

Показатели механического движения населения. Механическое движение населения – передвижение (миграция) отдельных групп людей из одного района в другой или за пределы страны. К сожалению, за последние годы в пределах отечества вследствие социально-экономической нестабильности, межнациональных конфликтов миграционные процессы приняли стихийный характер, стали все более распространенными.

Механическое движение населения оказывает большое влияние на санитарное состояние общества. Вследствие передвижения значительных масс людей создается возможность распространения инфекций. Мигранты являются одним из основных объектов социальной работы.

Показатели заболеваемости. Заболеваемость имеет важнейшее значение в изучении состояния здоровья населения. Заболеваемость изучается на основании анализа медицинской документации амбулаторно-иоликлинических и стационарных учреждений: листков нетрудоспособности; карт больных, выбывших из стационара; статистических талонов для регистрации уточненных диагнозов; экстренных извещений об инфекционных заболеваниях; свидетельств о смерти и т. д. Изучение заболеваемости включает в себя также количественную (уровень заболеваемости), качественную (структура заболеваемости) и индивидуальную (кратность перенесенных за гол заболеваний) оценку.

Различают: собственно заболеваемость – вновь возникшее заболевание в данном году; распространенность заболевания (болезненность) – заболевания, вновь возникшие в данном году и перешедшие из предыдущего года на данный момент.

Заболеваемость населения показывает уровень, частоту, распространенность всех болезней вместе взятых и каждой в отдельности среди населения в целом и его отдельных группах по возрасту, полу, профессии и т. д.

Существуют методы изучения заболеваемости по данным обращаемости, по данным медицинских осмотров и причинам смерти. Показатели заболеваемости определяются соответствующей цифрой на 1000, 10 000 или 100 000 чел. населения. Виды заболеваемости следующие: общая заболеваемость,

заболеваемость с временной утратой трудоспособности, инфекционная заболеваемость и т. д.

В настоящее время происходит преобразование структуры смертности и заболеваемости: если в прошлом наиболее распространенными заболеваниями были инфекционные (именно они являлись главной причиной смерти населения), то сейчас преобладают неинфекционные, т. е. хронически протекающие заболевания – сердечно-сосудистые, онкологические, нейропсихические, эндокринные, травмы. Это связано с достижениями медицины в борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями: вакцинацией, мерами по охране труда и внешней среды (ликвидация природных очагов малярии, чумы и т. д.), санитарным просвещением и т. д.

В настоящее время среди причин смерти на первом месте стоят сердечно-сосудистые заболевания, затем онкологические заболевания и, наконец, травмы. В нашей стране сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место и среди причин инвалидности.

Изменению характера заболеваемости способствует быстрое изменение образа жизни, приводящее к нарушению адаптации человека в окружающей среде. Возникла теория болезней цивилизации. Хронические неэпидемические болезни возникают потому, что цивилизация (в частности, урбанизация) приводит к бурному нарастанию темпов жизни, вырывает человека из привычных для него условий жизни, к которым он приспосабливался в течение многих поколений, и человек остается беззащитным перед темпами и ритмами современной жизни. В результате биологические ритмы человека, его способность к адаптации перестают соответствовать ритмам социальным, т. е. современные заболевания, например сердечно-сосудистые, сторонники теории болезней цивилизации рассматривают как выражение неприспособленности к среде существования.

Одна из важнейших задач специалиста по социальной работе – совершенствование медико-социальной адаптации, иными словами, косвенным образом деятельность специалистов по социальной работе должна способствовать снижению заболеваемости хроническими неэпидемическими заболеваниями.

Показатели инвалидности. Инвалидность – нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, врожденными дефектами, последствиями травм, приводящих к ограничению жизнедеятельности. Показатели инвалидности выявляются путем регистрации данных медико-социальной экспертизы.

Показатели физического развития. Физическое развитие – показатель роста и формирования организма – зависит не только от наследственности, но и от социальных условий. Уровень физического развития обследуемых

выявляется путем антропометрических и физиометрических измерений роста, массы тела, окружности грудной клетки, мышечной силы, отложений жира, жизненной емкости легких. На основании полученных данных устанавливают стандарты физического развития для каждой воз- растно-половой группы. Стандарты служат для индивидуальной оценки физического развития, которая проводится на медицинских осмотрах.

Уровень физического развития тесно связан с климатогеографическими условиями и различными этническими группами, для чего создаются местные стандарты. Массовые из года в год повторяющиеся медицинские наблюдения позволяют судить об изменениях уровня физического развития, а следовательно, и об изменениях здоровья населения.

Ускоренные темпы физического развития называются акселерацией. Акселерация наблюдается уже в период внутриутробного развития плода. В дальнейшем отмечается ускорение темпов роста массы тела, раннее половое созревание, раннее окостенение скелета. Акселерация накладывает свой отпечаток на развитие организма в дальнейшем, на проявление заболеваний в старшем возрасте. Есть предположение, что акселерация повышает вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и т. д.

Социальные детерминанты здоровья – это условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая системы здравоохранения. Эти обстоятельства формируются под воздействием распределения денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровне, на которые, в свою очередь, оказывает воздействие проводимая политика. Социальные детерминанты здоровья являются основной причиной несправедливости в отношении здоровья – несправедливых и предотвратимых различий в состоянии здоровья, наблюдаемых внутри стран и между ними.

Принимая во внимание растущую обеспокоенность по поводу такой стойкой и растущей несправедливости, ВОЗ создала в 2005 г. Комиссию по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) для предоставления информации о способах уменьшения масштабов этой проблемы. В августе 2008 г. был выпущен заключительный доклад Комиссии, содержащий три общие рекомендации:

1. Улучшить условия повседневной жизни

2. Преодолеть на несправедливое распределение власти, денег и ресурсов

3. Измерить и понять проблему и оценить воздействие принимаемых мер

Тема 3. Болезнь – стесненная в своей свободе жизнь

Теория «факторов», «порочного круга нищеты и болезней» Эта теория исходит из объяснения состояния здоровья и развития здравоохранения на основании признания роли множества различных социальных, экономических, биологических, медицинских и других факторов и условий и их взаимосвязи и взаимодействия. Обобщенной характеристикой негативного влияния на здоровье населения социально - экономических, психологических, политических и других факторов выступает понятие бедности, нищеты. По мнению приверженцев этой теории, болезни, нездоровье, в свою очередь, вызывают нищету. Складывается порочный круг, который нужно разорвать с помощью улучшения здоровья или устранения нищеты. На первый взгляд эта теория заслуживает внимания, тем более, что никто не отрицает влияния социально – экономических факторов на здоровье, а здоровья – на состояние и развитие экономики, никто не спорит с утверждениями о множественности факторов, определяющих здоровье. Эта теория популярна среди специалистов и политических деятелей. Видный деятель общественного здравоохранения и ВОЗ К. Уинслоу, используя положения теории «факторов» и обосновывая теорию «порочного круга нищеты и болезней» (1951), писал о «круговой причинной зависимости между всеми факторами общественной системы». Однако для объяснения происхождения здоровья и болезней, их формирования недостаточно указывать на очевидное влияние на здоровье различных факторов и влияние здоровья на бедность. Нужно видеть основные причинные факторы, ведущие звенья общественной системы и социальной среды, которые определяют состояние здоровья (и экономики), от которых зависит эффективная социальная практика в области здравоохранения. Без такого диалектического анализа теория «факторов», нищеты и болезней остается метафизической, механистической, методологически несостоятельнойПрименяемая в решении методологических проблем медицины, эта теория не только не способствует раскрытию причинности, обусловленности, здоровья, болезней, но и подменяет значение факторов социальных биологическими, психологическими и т.п.

Теория стресса и общего адаптационного синдрома Г. Селье Теория Г. Селье стала ответом на вопрос о причинах и механизмах резко изменившегося состояния здоровья населения, «натиска» хронических заболеваний, сформировавших неэпидемический тип патологии, который, как отмечал ученый, стал результатом влияния не отдельных патогенных факторов, а целого их комплекса – патогенных ситуаций, приводящих не к монокаузальным, а плюрокаузальным заболеваниям, к «болезням цивилизации». Состояние здоровья, по Г. Селье, обусловлено воздействием многообразных раздражителей – факторов окружающей среды и внутреннего мира человека, ко-

торые он назвал стрессорами. Стрессоры вызывают функциональное напряжение всех систем организма – состояние стресса (термин, примененный Г. Селье по аналогии с физическими явлениями). Стресс в нормальных условиях обеспечивает здоровье («эустресс»), измененный под влиянием неблагоприятных условий стресс вызывает патологические реакции, заболевания («дистресс»). Патологический процесс (дистресс) проходит определенные стадии – тревоги, резистентности, истощения. Если организм не преодолевает последнюю стадию, наступает его гибель. Следовательно, стресс – это не только болезнь, как считают многие вопреки учению Г. Селье, но и состояние борьбы с заболеванием, состояние преодоления дистресса и формирования эустресса. Концепция стресса

- теория не только патологии, но и саногенеза, санологии. Однако было бы неправильным ограничивать теорию Г. Селье только вышеназванными положениями: ее другим основополагающим атрибутом является концепция общего адаптационного синдрома (ОАС)

- механизма реализации стресса.

Ведущую роль в обеспечении реакций стресса, по Г.Селье, осуществляют «адаптивные гормоны» коры надпочечников, передней доли гипофиза, тимуса как узловые звенья эндокринной системы управления и координации функций. Подчеркивая роль адаптивных гормонов, Г. Селье не отрицал, как нередко говорилось по поводу его учения, значения других систем управления функциями и прежде всего нервной системы: «все системы (системы организма Ю.Л.)координируют свою специализированную деятельность посредством нервных импульсов и химических сигналов (в частности, переносимых кровью гормонов)»; «сегодня мы знаем, что приспособление происходит двумя путями: нервным и гуморальным». Г. Селье создал учение о неспецифической по проявлениям реакции организма на самые различные, в том числе специфические, воздействия, подробно охарактеризовав морфологические и функциональные изменения в организме при этих стандартных реакциях. Наряду с типичными для патологических процессов проявлениями ОАС Г. Селье указал и на типичные для восстановления здоровья (саногенеза) проявления – неспецифические реакции ОАС.Таким образом, создана широкая биологическая концепция причин (стрессоров) и механизмов патогенеза и саногенеза стрессорных реакций ОАС, ведущим звеном которой являются адаптивные гормоны, что не исключает и участия в адаптации нервного звена. Сам Г.Селье высоко оценивал свое учение о стрессе и ОАС; однажды он заявил: или эта теория, или никакой. Более того, он, как и некоторые другие крупнейшие ученые и мыслители, пытался применить эту биологическую, медицинскую концепцию к объяснению человеческих отношений, социологических закономерностей, создать своего рода философию жизни.

Недаром свое основное произведение он назвал «Стресс жизни» (1956 г., переиздание в1976 г.). Жизнь каждого человека, как и всех людей, по Г. Селье, регулируется принципом разумного эгоизма, направленного на самосохранение вида, рода (подобно «коллективному эгоизму» клеток организма), который имеет конкретную физиологическую и психологическую основу. В жизнедеятельности и взаимоотношениях людей она проявляется через эмоции благодарности, которые способствуют укреплению, процветанию человеческих отношений, охране, защите человека (следовательно, и его психического и физического здоровья), и эмоции реванша, разрушающие человеческие отношения. Чувство благодарности как «общий знаменатель для самых разнообразных способов самовыражения», по Г.Селье, является частным случаем от более емкой и значимой эмоции – чувства любви к ближнему. Формируется нечто вроде христианской заповеди любви к ближнему. Такие социально- психологические реакции Г. Селье объясняет по аналогии с реакциями стресса в организме: «Механизм столкновения стресса внутри организма очень напоминает механизм встречи со стрессом в общественных отношениях между людьми».Оставим на совести ученого такие экскурсы в область человековедения. Не они составляют главное в его оригинальном учении о стрессе и ОАС, ставшем одной из самых распространенных медико- биологических теорий.

Теория мальтузианства Наиболее распространенной и известной среди всех теорий, объясняющих процессы воспроизводства населения и здравоохранения, остается классическое мальтузианство, основной идеей которого и всех последующих его вариантов является демографический детерминизм. Хотя главный труд английского священника Т.Мальтуса «Опыт о законе народонаселения» вышел в свет 200 лет назад – в1798 г., «эпоха Мальтуса», как ее называют сторонники этого учения, наступила во второй половине XX века, когда стали сбываться предсказания Т.Мальтуса о безудержном размножении населения, удвоении его численности каждые 2025 лет и всех последствиях этих явлений. Т. Мальтус, по выражению А. Бабеля, в нужный момент сказал для английской буржуазии нужное слово. Т. Мальтус доказывал, что во всех несчастьях, болезнях, нищете виноваты не правящие классы, не буржуазия, а сами трудящиеся ввиду их неудержимого размножения. «Причина бедности, – писал Т. Мальтус, – мало или совсем не зависит от образа правления или от неравномерного распределения имуществ». Т. Мальтус оправдывал эксплуатацию, эпидемии, войны и другие радикальные средства предотвращения бурного размножения. «На великом жизненном пиру нет для него (лишнего человека, появившегося ввиду избыточной рождаемости – Ю.Л.) места. Природа повелевает ему удалиться и не замедлит сама привести в исполнение свой приговор» .Такое положение складывается, по Т.

Мальтусу, вследствие действия абсолютного закона безграничного размножения у животных и человека. В соответствии с ним размножение происходит в геометрической прогрессии, а накопление средств существования, прежде всего продовольствия, – в арифметической. Появляются и накапливаются лишние люди, которые не могут обеспечить себя средствами жизни. Все попытки заботы об этих лишних людях, об их здоровье, благосостоянии противоречат вечному закону природы, следовательно, бесполезны и даже аморальны. Т.Мальтус, таким образом, объявил войну здравоохранению, особенно профилактике болезней, страхованию, социальной защите и т.п. В этом реакционная тенденция, антигуманный смысл этого учения. На это обращали внимание многие прогрессивно мыслящие общественные деятели, ученые, демографы. Они указывали также на фальсификацию Т. Мальтусом демографических расчетов, в частности, доказательства геометрической прогрессии роста численности населения. Н.Г. Чернышевский, например, отмечал, что эти расчеты основаны на интенсивном увеличении населения Северной Америки не в результате естественного прироста, а из- за миграции в эту страну множества европейцев. К.А. Тимирязев говорил, что при рациональном природопользовании можно в несколько раз увеличить продовольственные ресурсы и прокормить значительно больше людей, чем есть на планете, следовательно, «арифметическая прогрессия» – искусственное, надуманное обстоятельство. К. Маркс, Ф. Энгельс, В.И. Ленин подчеркивали, что в человеческом обществе не может быть абсолютных, вневременных законов жизни. Законы народонаселения, как и другие законы природы и общества, отражают конкретную экономическую, политическую, историческую ситуацию. Можно говорить о законах народонаселения лишь в определенном историческом периоде. История показала, что состав и численность народонаселения (и процессы его воспроизводства) зависят не от фатума природы, вечного и неизменного закона, а от конкретных социально-экономических и политических процессов. Через эти процессы можно регулировать демографические явления (как это и происходит там, где применяется демографическая политика). Достаточно вспомнить примеры отдельных стран. Во Франции за 20-30 лет удалось средствами активной демографической политики почти удвоить численность населения, доведя ее до 50 млн. В Японии за столь же короткий срок удалось сбить высокий темп прироста населения. Такое же положение сегодня и в двух самых многонаселенных странах мира – Китае и Индии, где проводятся эффективные социально- экономические и юридические меры, направленные на сокращение прироста населения и ограничение его численности. Это не мальтузианские, а социально- экономические, политические меры. Они исходят из понимания демографических процессов, роли состава и численности населения в жизни страны, общества,

но не основаны на мальтузианском принципе демографического детерминизма – обусловленности всех процессов и явлений демографической ситуацией, прежде всего, численностью населения ввиду высокой и неконтролируемой рождаемости. Меры демографической политики, о которых мы говорили, исходят из принципа социально экономического детерминизма демографических процессов и явлений. Это положение было провозглашено и неоднократно доказывалось на национальных и международных конгрессах по народонаселению.

Неомальтузианство. Теория «оптимума населения» Все варианты современного мальтузианства – неомальтузианство подтверждают и развивают его основную доктрину – демографический детерминизм всех социальных, политических и, конечно, биологических, природных явлений, связанных с жизнью популяций, и остаются натуралистическими теориями. Эти теории расширили аргументацию Т. Мальтуса и арсенал рекомендуемых средств сокращения прироста населения и его численности не только путем уменьшения рождаемости, но и при помощи сохранения и даже увеличения смертности, в том числе вовлечением общества в термоядерную войну. У.С. Томсон в книге «Популяция и прогресс» (1959) писал: «Единственным верным способом ослабить давление населения, напряженность и волнения, которые оно вызывает, является контроль над рождаемостью. Альтернативой такому контролю может быть возвращение к высокой смертности из- за голода, нужды и болезней и, возможно, горячая война в недалеком будущем». Другой мальтузианец В.Фогт считал необходимым сократить численность населения до 1 млрд человек, т.е. «устранить» 3 млрд. «Войны и кризис – гигантский фактор отбора», – заявлял он. Население, особенно в развивающихся странах, «размножается с безответственностью трески». Это нужно прекратить. Однако далеко не все современные мальтузианцы решаются на столь откровенные антигуманные заявления. Получили распространение закамуфлированные неомальтузианские теории, в частности, теория «оптимума населения». Возникшая еще в 20-х годах в трудах итальянских обществоведов, она исходит на первый взгляд из демократических, гуманных, привлекательных положений о достижении такой численности населения в странах и в мире, при которой каждый человек был обеспечен оптимумом жизненных благ, в первую очередь адекватной заработной платой. Этот оптимум численности населения, по их расчетам, не должен превышать 900 млн-1 млрд. Такое число людей тогда да и сегодня мировая экономика и социальная защита могут полностью обеспечить ресурсами и средствами. Однако как добиться такой численности населения, кроме моратория (запрете) на рождаемость, широкого применения контрацептивов и других средств замедления воспроизводства населения, они не сообщали. Таким образом, несмотря на внешнюю привле-

кательность, такая трактовка «оптимума населения» имеет реакционную мальтузианскую тенденцию. В то же время идея «оптимума населения» заслуживает внимания, так как демографическая ситуация (численность и состав населения) – весомый фактор социально- экономического развития и здоровья населения, и это учитывает демографическая политика, способствующая увеличению численности или сокращению темпов прироста населения. «Оптимум населения» – как раз такое его демографическое состояние, которое в конкретных условиях тех или иных стран и регионов может способствовать целям экономического развития, достижению благосостояния и здоровья населения. Однако здесь нет и грана вечного и абсолютного закона безудержного размножения Т. Мальтуса, нет демографического детерминизма как основной доктрины, а есть учет конкретных исторических социально - экономических условий, определяющих в конечном счете воспроизводство населения.

Теория конвергенции общественных систем и здравоохранение Если приведенные выше примеры теорий носят натуралистический, социально-биологический характер, т.е. ставят акцент на какой- то определенной тенденции, закономерности, факторе, то названная концепция, широко известная в социологии и политологии, исходит из выявления общности социально

- экономических, политических, организационных, технологических и прочих факторов в разных общественных системах, в том числе здравоохранения в разных странах и обществах. Более того, эта теория утверждает возможность и целесообразность ликвидации различий и слияния (конвергенции

- от биологического понятия проявления и кумуляции различных признаков животных и растений в процессе адаптации) ряда полезных процессов и явлений разных общественных систем с целью создания более совершенной, в условиях современной цивилизации общественно

- экономической и политической структуры

- «технотронной цивилизации», «постиндустриального общества» и т.п. В числе «конвергируемых» признаков

- планирование, государственное регулирование, программирование, законы рыночной экономики, маркетинг, менеджмент, современные индустриальные технологии, парламентская форма политических решений и другие черты, присущие главным образом развитому капиталистическому обществу.

Эти и другие процессы и явления, как говорят приверженцы конвергенции, «сглаживают различия и противоречия, создают условия для социальной гармонии и ускоренного научно- технического процесса». Так представляли конвергенцию Дж. Гелбрайт и другие буржуазные идеологи. Несмотря на эту очевидную политическую направленность, идея конвергенции

как использования прогрессивных, экономически и социально обоснованных, рентабельных приемов, технологий из разных общественных систем и форм заслуживает внимания. Теория конвергенции имеет отношение и к здравоохранению, народонаселению, медицине в разных странах. Эта теория означает создание наиболее приспособленных, адекватных реальным потребностям и возможностям стран и регионов систем и форм организации здравоохранения, медицинской помощи, демографической политики. На основе опыта разных стран с использованием социального страхования, социальной политики, разных форм здравоохранения создаются наиболее экономичные и эффективные структуры и системы здравоохранения, происходит конвергенция организационных приемов, технологий, механизмов социальной помощи. Эта тенденция наиболее полно представлена в создании вместо монопольно- государственной общественной системы здравоохранения, конвергирующей полярные национальные отличия форм здравоохранения и кумулирующей в единую систему организации, службы разных форм собственности – государственные, страховые, частные, общественные, религиозные и др. Таково направление реформирования здравоохранения в России, такова тенденция в других странах, где еще сохраняется главенство тех или иных организационных форм (социальной страховой, частной, государственной), но все интенсивнее использование общественных, социально- страховых механизмов (даже в Великобритании, где основой служб здравоохранения остается общественная, государственная организация, предпринимаются шаги к разгосударствлению, допуску социального медицинского страхования и т.п.). Идеи конвергенции проявляются и в широком использовании современных, одинаковых во всех странах медицинских технологий, в частности, санитарно- гигиенических мерах по оздоровлению окружающей среды (заводские трубы одинаково дымят и загрязняют воздух в Москве, Детройте и Харькове); в использовании законов рынка медицинских услуг – маркетинга, общих приемов и законов управления органами и учреждениями здравоохранения

- медицинского менеджмента и др. Другой пример

- использование социально- профилактических мер, диспансеризации в здравоохранении разных стран, равно как и других принципов развития национального здравоохранения, рекомендуемых ВОЗ (резолюция ВАЗ.23.61) и др.

Тема 4. Социальная гигиена и социальная медицина в СССР и в XX столетии

Социальная гигиена в СССР, а именно так буквально с первых лет советской власти стал называться наш предмет, начинает свою историю с организации в трудный 1918 г. музея социальной гигиены Народного комиссари-

ата здравоохранения РСФСР, директором которого был известный гигиенист проф. А.В. Мольков. Музей, а с 1920 г. – институт социальной гигиены стал центром формирования нашей дисциплины в новых политических условиях. Советской социальной гигиене предстояло извлечь все прогрессивное из своих предшественниц – прежде всего общественной гигиены России, тех первых учреждений, которые создавались до революции, социальной гигиены А. Гротьяна, А. Фишера и других ее представителей за рубежом. Немаловажным условием становления социальной гигиены в СССР стала ее органическая связь с практикой, строительством нового общества и государства. Этому способствовало то, что в числе первых социал-гигиенистов, теоретиков, ученых были первые организаторы охраны здоровья народа и прежде всего Николай Александрович Семашко – первый нарком здравоохранения, врач- большевик, соратник и сподвижник В.И.Ленина, и его заместитель – Зиновий Петрович Соловьев – врач- большевик, известный деятель общественной медицины. В19 22 г. Н.А. Семашко при поддержке З.П. Соловьева, А.В. Молькова, Л.Н. Сысина, С.И. Каплуна и других авторитетных ученых и деятелей общественной гигиены организовал при I Московском университете кафедру социальной гигиены с клиникой профессиональных болезней. Тогда была единая и для других высших медицинских учебных заведений Москвы кафедра (в том числе II Московского университета). Она занималась преподаванием и вопросов гигиены, эпидемиологии и др. В последующем кафедра социальной гигиены дала путевку в жизнь отдельным гигиеническим дисциплинам, кафедрам, курсам, институтам – общей и коммунальной гигиены (проф. А.Н. Сысин), профессиональной гигиены (проф. С.И. Каплун), гигиены воспитания, или школьной гигиены (А.В. Мольков), по существу, и истории медицины(проф. И.Д. Страшун) и др. Через год, в феврале1923 г., З.П. Соловьев и его сотрудники создали кафедру социальной гигиены на медицинском факультете II Московского университета, образованного на базе бывших Высших женских курсов. С этого времени и в других университетских центрах стали открываться кафедры социальной гигиены и организовываться научно- исследовательские лаборатории и институты по нашему предмету (социальной гигиене, социальной гигиене и санитарной статистике и т.п.), возглавляемые известными учеными и организаторами здравоохранения З.Г. Френкелем (Ленинград), Т.Я. Ткачевым (Воронеж), А.М. Дыхно (Смоленск), С.С. Каганом (Киев), М.Г. Гуревичем (Харьков), М.И. Барсуковым (Минск) и др.Уже в1922 г. была разработана первая учебная программа по социальной гигиене, вскоре изданы первые учебники и учебные пособия (З.Г. Френкель, 1923; Т.Я. Ткачев, 1924; коллектив авторов под ред. А.В. Молькова, 1927 и др.). В 20- х годах вышли в переводе на русский язык научные труды и учебные пособия А. Фишера, А. Гротьяна и других зару-

бежных социал- гигиенистов. С 1922 по1930 г. издавался научный журнал «Социальная гигиена», освещавший проблемы строительства советского здравоохранения, проводивший критику евгеники, мальтузианства, социал-дарвинизма и других так называемых буржуазных теорий в народонаселении и здравоохранении, поднимавший вопросы научных исследований и преподавания нашего предмета, а также марксистского образования медиков и преподавания философии и других общественных дисциплин. В первые годы в советской высшей медицинской школе не было соответствующих кафедр и курсов, и их преподаванием занимались кафедры и институты социальной гигиены. Теперь о термине «здравоохранение», который до сих пор мы применяли очень редко, предпочитая говорить об «общественном здоровье», «охране здоровья» и т.п. Это не случайно, так как до революции указанный термин не имел хождения. Он стал общепринятым лишь с первых лет советской власти. С одной стороны, он плод тогдашней моды на всякого рода сокращения, соединения слов, аббревиатуры, словотворчество («Моссельпром», «Наркомздрав», «Моссовет» и т.п.), так как происходит от двух слов – «охрана», «здоровье», а с другой – в нем отразилось стремление краткого, емкого обозначения новой системы охраны, улучшения здоровья населения. Наукой о такой системе и управлении ею с целью поднять уровень, качество общественного здоровья и становилась социальная гигиена, на пути которой были серьезные трудности, преграды, нередко драматические события. Формирование социальной гигиены встречало сопротивление консервативной профессуры, ряда бывших членов Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. Тенденция на соединение с гигиеной, социологией провоцировала оппозицию; против социальной гигиены и ее представителей нередко выступали члены различных обществ, в том числе стоящие на односторонних механистических либо даже виталистических позициях, некоторые члены обществ «врачи- марксисты», «врачи- материалисты», представители так называемого Русского евгенического общества и др. Однако особенно тяжелый урон понесла медицинская наука и вместе с нею социальная гигиена вследствие репрессий конца 20-30- х годов в период культа личности Сталина. Наша дисциплина, как и вся наука, вследствие режима сверхсекретности была лишена информации. Дело доходило до того, что даже общепринятые во всем мире статистические сведения о демографических процессах – смертности, составе населения, заболеваемости, плодовитости и др. закрывались. Такое положение сохранилось и в последующие годы. Например, были закрыты сведения о детской смертности и ее структуре, инфекционной, психической заболеваемости, травматизме, даже о числе врачей по специальностям и др. Без знания этих и других демографических и медико- статистических данных трудно представить исследование проблем общественного здоровья и здра-

воохранения, т.е. успешное развитие социальной гигиены. В это время (конец 20- х – начало 30- х годов) были расформированы, закрыты институты социальной гигиены, существовавшие почти по всех республиках. Началось наступление сверху на формальную генетику, экспериментальную биологию, возглавляемые такими замечательными учеными, как профессора Н.К. Кольцов и Н.И. Вавилов. Все же наша наука выжила и продвигалась вперед. Были созданы получившие широкую известность руководства, учебники, монографии, в том числе по санитарной статистике (П.И. Куркин, С.А. Томилин, С.А. Новосельский, П.И. Кувшинников, Г.А. Баткис, Б.Я. Смулевич, В.В. Паевский, А.М. Мерков, А.Я. Боярский и др.), разработаны и усовершенствованы методы социально- гигиенических, медико- демографических, эпидемиологических исследований, на основе которых с использованием выборочного метода на преимущественно региональных и местных материалах получены важные результаты о тенденциях, изменениях общественного здоровья, используемые в совершенствовании организации медицинской помощи населению. Однако эта прикладная, нормативная сторона социальной гигиены была признана руководящими инстанциями недостаточной, особенно в период подстегивания коллективизации и индустриализации, требующих немедленных организационных решений. В 1941 г., накануне Великой отечественной войны, кафедры социальной гигиены приказом наркома здравоохранения Г.А. Митерева были переименованы в кафедры организации здравоохранения. Это решение сузило теоретическую базу предмета, ограничило исследования социальных проблем здравоохранения, и без того находящиеся в зажатом, сдавленном официальными ограничениями и запретами состоянии, нанесло ущерб процессу преподавания и воспитанию студентов, принизило престиж нашей науки, все в большей мере становящейся прислужницей администрации здравоохранения. Такие выводы напрашиваются при анализе дискуссии на тему «Организация здравоохранения или социальная гигиена», которая проходила на страницах журнала «Советское здравоохранение» (основного печатного органа нашей дисциплины) сразу после окончания войны. Сторонники сохранения названия «организация здравоохранения» больше всего опасались «обуржуазивания» нашего предмета, превращения его в подобие «реформистской», «апологетической» социальной гигиены на Западе. Не следует забывать, что тогда по указке сверху проводилась кампания борьбы с космополитизмом, искоренения буржуазных веяний, доказательства и проповедования везде и всюду приоритетов отечественной и советской науки. Ряд известных ученых и среди них историк медицины акад. АМН СССР И.Д. Страшун были обвинены в космополитизме, сняты со своих постов. Вскоре, как известно, была сфабрикована травля «менделистов- морганистов», генетиков, не разделявших «единственно правильных» установок

«мичуринской биологии», «агробиологии» акад. Т.Д. Лысенко. За сессией ВАСХНИЛ1948 г., на которой «были разгромлены» противники Т.Д. Лысенко, последовала печально знаменитая «Павловская сессия» (1951) двух академий – созданной в1944 г. Академии медицинских наук и Академии наук СССР, посвященная учению И.П. Павлова. Воздав должное выдающимся заслугам великого отечественного физиолога, основателя учения о высшей нервной деятельности, сессия, по существу, приняла догматические решения, возведя в абсолют учение И.П.Павлова, отбросив всякую альтернативу этому учению и тем самым нанеся удар по другим прогрессивным направлениям в физиологии и вообще наукам о животном мире, о человеке, да и по самому павловскому учению. Исследования «непавловских» школ стали игнорироваться, их представители лишались работы, подчас преследовались, да и наиболее видные, творчески развивающие павловское наследие последователи и непосредственные ученики И.П. Павлова, такие, как академики Л.А. Орбели, И.С. Бериташвили, А.Д. Сперанский, всячески дискредитировались. После этих событий было объявлено об «открытиях» О.Б. Лепешинской и М.Г. Башьяна, пытавшихся доказать «диалектико-материалистические» непосредственные превращения в лабораторных условиях внеклеточного вещества в клетки, неживого вещества сразу в живое. Подобные «эксперименты» были подхвачены лысенковцами, получили поддержку самого апостола мичуринской биологии и одобрены сверху. Воинствующий догматизм не остановился на этом: впереди было разоблачение буржуазной «лженауки» кибернетики; состоялись постановления по журналам «Звезда», «Ленинград» и другие официальные акты, обвиняющие в космополитизме, аполитичности, бездуховности, отрыве от народа, низкопоклонстве перед Западом, не только в идеологических, но и в политических ошибках, просчетах и даже преступлениях со всеми вытекающими отсюда последствиями вплоть до репрессий ряда выдающихся писателей, композиторов, художников и других деятелей искусства, культуры, науки. В1953 г., после судебных процессов конца 30- х годов и репрессий «врачей- убийц», разразилось «дело врачей», и ряд блестящих клиницистов, среди которых были профессора С.М. Вовси, В.Н. Виноградов и др., подвергшись необоснованным политическим обвинениям, были арестованы и осуждены. Лишь смерть И.В. Сталина спасла их от расправы.

Мы говорим об этих драматических событиях здесь потому, что они самым пагубным образом сказались на развитии медицинской науки и здравоохранения и их престиже, следовательно, и на такой боевой, социально значимой дисциплине, как наша, и ее судьбе, заставляя ее быть послушной исполнительницей командно- административных решений, толкая на догматические, нередко далекие от подлинной науки, волюнтаристические, недо-

статочно проверенные и взвешенные рекомендации и выводы. Например, с легкой руки некоторых догматиков- обществоведов считалось, что раз при социализме не может быть классовых противоречий, значит, общественное здоровье не зависит от социальных условий и факторов. Это утверждение, которое исходило из недопустимого смешивания классового и социального, выхолащивало науку на корню, делало ее лишь на словах наукой о социальных проблемах медицины и здравоохранения. Догматические дискуссии в начале 50- х годов о базисе и надстройке отозвались в нашей дисциплине бесполезными, абстрактными спорами о месте в системе общественных отношений медицинской науки и самого здравоохранения (что «базис», а что «надстройка»). Можно вспомнить также о скоропалительных, недостаточно научно обоснованных, волюнтаристских решениях этого времени о повсеместном объединении больниц и поликлиник и о многих других, таких, как решение о немедленной, в течение года всеобщей диспансеризации и т.д. Мы уже не говорим о третировании зарубежной науки, в том числе социальной гигиены, очернении ее представителей и совершенно необоснованном, вредном для ее судьбы в нашей стране, отбрасывании, непризнании многих полезных фактов, обобщений, методов. Чего стоит, например, огульная критика медицинской социологии, социологии здоровья, социальной биологии и других направлений, школ и концепций зарубежных социал-гигиенистов.

Дискуссия «Социальная гигиена или организация здравоохранения» на страницах медицинских журналов, завершаясь, показала, что жизнь требует, несмотря на все препятствия и возражения, восстановления здорового и творческого ядра социальной гигиены. Однако нельзя было отбрасывать и то ценное, что накопила, чего добилась наша дисциплина, изучая нормативные, прикладные вопросы, проблемы организации, управления, в широком смысле – менеджмента в здравоохранении. Сотрудниками института организации здравоохранения им. Н.А. Семашко, созданного по инициативе этого выдающегося ученого и теоретика в1946 г., в том числе мною (Ю.П. Лисицын), было предложено восстановить прежнее название «социальная гигиена» и оставить новое – «организация здравоохранения». Такое решение примиряло сторонников двух точек зрения, снимало пресловутое «или» (социальная гигиена или организация здравоохранения). В 1966 г. министр здравоохранения СССР Б.В. Петровский подписал приказ о преобразовании кафедр и Института им. Н.А. Семашко в кафедры и Институт социальной гигиены и организации здравоохранения. После приказа министра здравоохранения наша дисциплина получила дополнительный стимул к развитию. Постепенно был снят гриф секретности со статистических сведений. Стало выполняться множество научных исследований по здоровью населения, новым формам организации медицинской помощи. Выходили в свет учебники и руководства по

нашей дисциплине, получившие известность и за рубежом (учебник Г.А. Баткиса и Л.Г. Лекарева, лекции С.Я. Фрейдлина, Ю.П. Лисицына, руководства Е. Белицкой, группы авторов под ред. Ю.П. Лисицына и др.). Этому сначала способствовали начатая в 1985 г. перестройка, гласность, падение «железного занавеса», развитие международного сотрудничества. С помощью научных исследований были намечены пути преодоления экстенсивного развития здравоохранения. Переход к новым экономическим отношениям вызвал необходимость реформы охраны здоровья, введения механизма медицинского страхования. В 90- х годах сначала в Москве (II МОЛГМИ, ныне РГМУ, I ММИ, ныне ММА им. И.М. Сеченова) организованы кафедры страховой медицины, экономики и управления здравоохранением, вышли первые учебные пособия по этим разделам нашего предмета. Институт им. В.А. Семашко переориентирован на исследования экономики и управления здравоохранением, стал называться ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением. В1991 г. организован новый научно- исследовательский центр по нашей дисциплине – НПО «Соцгигэкономинформ» Минздрава. Однако начавшаяся перестройка экономики и всех структур государства и общества, распад СССР отрицательно сказались на обеспечении бюджетными средствами здравоохранения и особенно медицинской науки и медицинского образования. Усугубился «остаточный принцип финансирования», сократилось число публикаций, научных исследований и научно- исследовательских институтов, был нанесен ущерб научному престижу и научному потенциалу многих учреждений, в том числе медицинских, ослабли связи с учеными бывших союзных республик, подорвалась деятельность научных обществ.

Наша дисциплина (как и другие) переживает трудный период своей истории. В тяжелых материальных условиях предпринимаются попытки сохранить научный и кадровый потенциал, продолжать научные исследования и преподавание предмета, сохранить его информационную базу. В1999 г., как отмечалось, было решено переименовать нашу дисциплину на «общественное здоровье и здравоохранение» в соответствии с двумя основными составными частями ее и с учетом ее назначения и истории развития.В последние годы предпринимаются меры по выполнению национальных проектов, в том числе проекта повышения уровня здоровья. Президент отметил необходимость решения трех задач: «Первое – снижение смертности. Второе – эффективная демографическая политика. И третье – повышение рождаемости». На реализацию национального проекта отпущены дополнительные средства. Они позволят повысить доступность медицинской помощи и ее качество, улучшить условия труда работников здравоохранения, поднять престиж врачебной профессии.

Тема 5. Здоровый образ жизни в религиозных мировоззрениях и в светском образовании и воспитании

Все мировые религии, так или иначе, уделяли внимание вопросам здорового образа жизни, но никогда эти вопросы не являлись самоцелью. Они всегда рассматривались в контексте нравственных учений.

Христианство

В христианстве одним из важнейших понятий является пост – воздержание от пищи. Пост существовал ещё в ветхозаветные времена. Древнейшие из церковных писателей утверждают, что христианский пост Апостолы установили в подражание Моисею и Иисусу Христу, постившимся 40 дней в пустыне.

Сводить смысл христианского поста исключительно к гастрономическим аспектам неправильно, хотя его диетическая гигиеническая ценность весьма высока. Однако главный смысл поста – духовный.

Согласно христианской антропологии, человек – это триединство: «тело-душа-дух». Главное в человеке – дух, поскольку в духе – образ и подобие Божие. В самой природе человека нет ничего скверного и низменного. Скверное – это извращение воли, низменное и недостойное – это страсти и грех. Поэтому пост – это укрощение не только тела, но и душевных страстей.

Телесный пост тройственен и подразумевает:

ограничение в пище;

употребление особого рода пищи;

редкий приём пищи и даже – в определённые дни и часы поста – полное воздержание от неё.

Душевный пост включает:

ограничение внешних впечатлений – «пищи души»;

контроль над информацией, т. е. над качеством «пищи», которую получает душа, исключение всего того, что разжигает страсти;

редкий приём «пищи», т. е. периоды уединения, молчания, безмолвия, молитвенного сосредоточения на своих грехах, покаяния.

Духовный пост – это усиленное молитвенное бдение, сокрушение о своих грехах. «Пост и молитва, – по словам протоиерея Валентина Свенцицкого, – два крыла духовной жизни, два крыла, подрезанные у современного христианского общества мирским существованием».

Православный пост – самый длительный в христианстве (около 200 дней в году). Посты делятся на многодневные и однодневные. К многодневным постам относятся:

пост св. Четыредесятницы, или Великий пост, который начинается за 7 недель до Пасхи и длится 40 дней;

пост апостолов Петра и Павла, называемый Петровым или Апостольским. Этот пост подвижный. Он начинается с понедельника через неделю после праздника Святой Троицы (через 57 дней после Пасхи) и длится до праздников святых апостолов Петра и Павла;

Успенский пост (в память Успения Богородицы), который длится 14 по 28 августа – второй по строгости пост. Послабляется по субботам и воскресным дням, а также в праздник Преображения Господня 19 августа;

Рождественский пост – предваряет праздник Рождества Христова за 40 дней.

К однодневным постам относятся: пост в среду и пятницу в воспоминание предания Спасителя на страдание и смерть (хотя в некоторые среды и пятницы поста нет); есть и несколько других однодневный постов.

Существуют и разные степени строгости поста. Беременным женщинам, больным, малолетним детям и путешествующим делаются послабления. Выходить из поста нужно так же постепенно, как и входить в него.

Болезнь в христианстве рассматривается как признак душевного неблагополучия. Болезнь – это и последствие греха, и способ исправить человека, обратить его внимание на то, что он делает не так. Один из смыслов заключен в понимании болезни как милости Божией, как пути к спасению. Св. Нифонт, лёжа на смертном одре, на вопрос, есть ли какая польза человеку от болезни, отвечал: «Как золото, разжигаемое огнем, очищается от ржавчины, так и человек, терпящий болезни, очищается от своих грехов». Болезнь имеет силу смягчать жестокие сердца, заставляет осознать свою немощь, научает сострадать ближнему и любить его.2

Иудаизм

Моисей – законодатель и учитель еврейского народа, основатель религии иудаизма, исходил из учения, согласно которому путь к человеческому благополучию и согласию лежит через справедливое общественное устройство и верховенство закона. С именем Моисея связан один из древнейших и самых распространённых кодексов нравственного поведения, состоящих из Десяти заповедей. Четвертая заповедь гласит: «Помни день отдохновения».

Суббота – день, который отдаётся Богу. Отдохновение предписано и рабам, и чужеплеменникам, находящимся в доме, и даже домашнему скоту. Здесь прослеживается забота о душе (когда речь идёт о людях) и теле одновременно. Как говорят современные врачи, необходимо «разумное сочетание труда и отдыха».

Один из трёх сакральных разделов Священного писания иудаизма (Тора) учит ритуальной чистоте. Понятия «чистота» и «нечистота» в иудаизме не подлежат рациональному объяснению, и их не следует понимать как

обычную гигиену или физическую чистоту. Все ритуалы носят здесь, прежде всего, сакральный смысл.

Миква – специальный бассейн для ритуального погружения, необходимый для соблюдения законов семейной чистоты, для очищения человека после того, как он прикоснулся к трупу человека или животных (кроме кошерных животных, предназначенных в пищу или для жертвоприношения), для очищения посуды, изготовленной нееврем и в некоторых других случаях. В России еврейские женщины делали проруби в замерзших прудах, чтобы выполнить заповедь ежемесячного погружения в микву.

Сегодня миква – это вырытый в земле и выложенный кафелем бассейн от 3 до 5 метров в длину и от 2 до 3 метров в ширину, который заполняется водопроводной водой и соединен трубой с другим бассейном, содержащим дождевую воду. Труба закрыта пробкой, которую вытаскивают перед погружением, чтобы хотя бы немного дождевой воды попало в микву. Обычно миква сооружается в помещении, примыкающем к синагоге.

Женщинами миква используется в основном для очищения после менструации и родов. Мужчинами – накануне определённых ритуалов и религиозных праздников. Очищение через микву обязательно для нееврея, принимающего иудаизм.

Кашрут (система пищевых запретов) означает ритуально чистое питание – потребление «кошерной» пищи. Пища некошерная называется трефа. Кошерны все растения, хотя не все они съедобны. Что касается животной пищи, то здесь существует целый комплекс запретов:

кошерны жвачные животные, имеющие полностью разделённые копыта (корова, овца, коза), остальные (верблюд, лошадь, свинья и др.) – трефа;

некошерны птицы (лебедь, цапля и др.). Птицы, не включенные в список, теоретически разрешены, но на практике ортодоксальные евреи едят только кур, индеек и уток;

животное с дефектом внутренних органов – трефа;

животное или птица, прежде чем отправиться на кухню, должно быть убито специально обученным резчиком по особому правилу, чтобы смерть наступила мгновенно;

Тора запрещает есть кровь животных или птиц, поэтому её удаляют с помощью соли и воды;

кошерна рыба, имеющая плавники и чешую. Остальные обитатели моря (моллюски, ракообразные, угорь, минога и др.) – трефа;

все остальные представители фауны (пресмыкающиеся, насекомые и др.) – трефа;

евреи не едят мясную и молочную пищу вместе. Кошерная кухня (в том числе, посуда, ножи и др.) разделена на две части – мясную и молочную. Желательно иметь две плиты и две раковины;

продукты, не содержащие ни мясных, ни молочных компонентов (овощи, яйца) можно есть как с мясом, так и с молоком;

существует запрет на одновременное употребление злаковых и бобовых и смешение их в одной посуде.

Самым первым и наиболее важным среди обрядов жизненного цикла является обрезание – операция по иссечению крайней плоти у мальчиков на 8-й день после рождения, который, как утверждается, имеет не только религиозный, но и гигиенический смысл.

Индуизм

В индуизме наибольшую известность имеет практика йоги. Йога – это не доктрина, а духовная практика, открывающая путь к достижению самадхи – достижения духовных вершин. Йога практикуется в Индии с древних времён и всё ещё популярна в наши дни. Существует несколько видов йоги, которые различаются по уровням трудности. Самоограничения и моральный самоконтроль – необходимые части йоги. Раджа-йога включает в себя овладение позами тела (асанами), способствующими пробуждению духовных энергий. Со временем йог становится неуязвимым для болезней.

Более сложная ступень – искусство правильного дыхания (пранаяма), понимаемое как управление жизненной энергией (праной). Йог добивается глубокого и ритмичного дыхания, умеет задерживать его без ущерба для здоровья. Освоив его, он обретает способность управлять своим психологическим состоянием, отключаться от внешних воздействий. Но всё это – только подготовка к истинной духовной практике, которая включает в себя три ступени: дисциплина ума (способность к концентрации на каком-либо духовном объекте), созерцание (углубление концентрации, проникновение в законы мироздания и смысл вещей), транс или просветление – полное отделение себя от тела, состояние «блаженства», внутренней свободы, «парения» над миром.

Ислам

«Многие предписания ислама имеют здравоохранительное значение, и выполнение этих предписаний даёт не меньший эффект, чем образ жизни, рекомендуемый сторонниками самых новомодных систем. Мусульманин своим здоровьем, трезвостью и гигиеническим навыками обязан исламу, как образу жизни», – так пишет помощник имама Ф. Вагапова.

Профилактическая медицина в её исламском понимании подразделяется на две основные части:

Предписания и наставления, регламентирующие исполнение правил личной гигиены и тем самым способствующие сохранению здоровья индивидуума.

Предписания, способствующие чистоте окружающей среды и сохранению здоровья общества.

Из пищевых запретов в исламе наиболее известен запрет на свинину. Однако этика Корана сочетается с возможностями человека. Например, если нечего есть, кроме свинины, то разрешается отступление от этого запрета.

Особое место в системе предписаний занимает запрет на употребление вина. «Запрет вина в Исламе – это не что-то такое, чему может быть дано послабление или что может быть отменено. Запрет и разрешение в исламе – это навсегда», – отмечает Ф. Вагапова.

Одним из трёх основных устоев, наряду с молитвой и обязательной милостыней, в исламе является пост. Он устанавливается на один месяц (девятый по счёту месяц мусульманского года – Рамадан, в который Мухаммеду было ниспослано первое откровение). Выражается мусульманский пост в полном воздержании в светлое время суток (когда можно отличить белую нитку от чёрной) от пищи, воды, табака, всего, что способно отвлечь от светлых мыслей. Пост является основным поступком, призванным показать, что человек умерен, воздержан, что он правильно понимает соотношение материальных и душевных благ. Пост – время тщательного выполнения всех других обязанностей. Обязанность поста не распространяется на беременных женщин, малолетних детей, тех, кто находится в неволе.

Перед обязательной молитвой (5 раз в день) мусульманин обязан омыть ноги, руки и лицо.

Тема 6. Защита общественного здоровья в альтернативной медицине Востока

Основные теоретические положения традиционной китайской медицины и «Искусство войны Сунь-цзы» увидели свет в одну и ту же эпоху. Совершенно очевидно, что медицинские теории и военный трактат несут отпечаток своего времени, используют сходную терминологию при изучении и решении проблем, таких, как соотношение Инь и Ян, недостаток (сюй) и избыток (ши), нападение (гунфа) и укрепление (тяоян), патогенная энергия (се ци) и жизненная энергия (чжэн ци).

Однако времена меняются. В настоящее время нам трудно представить классический язык, используемый традиционной китайской медициной, поэтому необходимо дать краткое объяснение специфических понятий древних медицинских теорий и военного дела.

ИНЬ-ЯН

В эпоху Весен и Осеней и в период Борющихся государств (720–221 гг. до н. э.) понятия Инь и Ян служили целому ряду философов для того, чтобы решать те или иные философские проблемы и познавать мир. Позднее возникло учение под названием «Инь-Ян»1. В «Сувэнь»2, первом трактате «Канона Хуан-ди о внутреннем», ее автор объясняет Ян и Инь следующим образом: «Инь и Ян составляют общий закон Вселенной, их соотношение позволяет анализировать и объяснять различные феномены и объективный ход развития, причины всех перемен и внутреннюю основу рождения всех вещей, их эволюцию и гибель. Поскольку бесконечное изменение мира определяется соотношением Инь и Ян, то для диагностики и лечения болезней следует исходить из этого фундаментального положения».

Применительно к военному делу можно сказать, что передвижение, остановка и развертывание вооруженных сил также должны подчиняться закону Инь-Ян, в этом случае армия может стать невидимой.

Учение « Инь-Ян » включает в себя ряд важнейших положений.

Во-первых, оно предполагает взаимодополнение, упорядочение и перемены. Теория делит все вещи в мире и каждую из них в отдельности на группу Инь и группу Ян. Как правило, Ян обозначает все, что имеет свойства ясности, подъема, динамизма, полноты, направленности вовне, тепла и легкости. Напротив, Инь обозначает все, что имеет свойства упадка, спокойствия, слабости, направленности внутрь, холода и тяжести. Так, небо – это

Ян, а земля – Инь, солнце— Ян, а луна— Инь, мужчина – Ян, а женщина— Инь. В человеческом теле сердце и легкие – Ян, а печень, почки и селезенка – Инь. Ци (жизненная энергия человека) – Ян, а кровь — Инь. Из двенадцати меридианов человеческого тела шесть с внешней стороны– янские, а шесть – с внутренней— иньские. Для каждого органа его морфологическая часть – Ян, а функциональная– Инь. Так, например, существуют Инь и Ян сердца, почек и селезенки.

За счет своего противоположного характера Инь и Ян взаиморегулируются, и одно существует и увеличивается за счет другого. Когда нарастает холод, уменьшается тепло, и наоборот. Весной и летом постепенно становится теплее – начинает преобладать Ян, осенью и зимой холодает – преобладает Инь. Когда больные страдают от сильного жара, у них наблюдаются симптомы «пустоты Инь» – это жажда или сухость кожи, что свидетельствует об «избытке Ян». Лечение в данном случае заключается в том, чтобы устранить у пациента жар, дать воды. С другой стороны, жар может быть вызван недостатком Инь, поскольку первоначальная нехватка Инь не способна контролировать Ян. В этом случае лечение заключается в обогащении Инь таким образом, чтобы вода погасила огонь и жар исчез.

Во вторых, Инь и Ян составляют единство противоположностей. Это имеет двойной смысл.

С одной стороны, Инь и Ян зависят друг от друга. Без Инь не может быть Ян. Без жизненной энергии {Ян) не может существовать человеческое тело (Инь). Обратное столь же очевидно. Справедливо также и то, что здоровье человека зависит от процветания жизненной энергии и физического состояния организма, от гармонии Инь и Ян. Лечение болезней, в конечном счете, заключается в том, чтобы уравновесить Инь и Ян в организме человека.

С другой стороны, Инь и Ян могут превращаться одно в другое. Избыток Инь заканчивается переходом в Ян, а избыток Ян преображается в Инь. Это утверждение наших предков подтверждает изменение температуры в течение года: «Зимнее солнцестояние рождает Ян, а летнее солнцестояние – Инь».

В военном деле, так же как и в медицине, необходимо начинать с организации, чтобы иметь представление о том, как будет происходить изменение ситуации. Слабая армия способна оказаться сильнее и победить мощного противника, если она хорошо организована.

Если лечение заболевания ведется неверными методами, то болезнь, характеризующаяся как «янская» (сильный жар, красный цвет лица, быстрый пульс), может внезапно перейти в другую форму – «иньскую» (пониженная температура, бледный цвет лица, слабый пульс).

В-третьих, Ян и Инь взаимно проникают друг в друга. Характер Ян и Инь во всех вещах относителен. Если день – это Ян, а ночь – Инь, то утро представляет собой Ян Инь, а время после полуночи —Инь Ян, равно как вечер – это Инь Ян, а полночь – Ян Инь. Среди людей нет недостаточности в «железных женщинах» и «мужчинах из ваты». В небе, которое имеет свойства Ян, подъем паров вызывает облачность и дождь. На земле, считающейся инь, подъем паров вызывает выпадение росы. Это и есть взаимопроникновение Ян и Инь, которое рождает все сущее.

В «Сувэнь» можно прочесть следующее: «Небо и земля – это сосуществование Ян и Инь… Движение и инерция, верх и низ, Инь и Ян переходят в свою противоположность и дают рождение всем переменам». «Книга перемен» также выражает идею рождения всех вещей посредством взаимопроникновения Инь и Ян.

УСИН

Эволюция пяти первоэлементов — усин (дерево, огонь, почва, металл и вода) – это философское понятие, популярное в эпоху Весен и Осеней и в период Борющихся государств. Оно представляет связь между всеми вещами в мире как пять видов движения энергии. Именно познание и понимание ха-

рактера пяти основных элементов является исходной точкой общей концепции, дающей объяснение происхождению всех вещей, их единства в своем огромном многообразии.

Дерево: гибкие и слабые внешне растения растут и символизируют неодолимую жизненную силу. Такими же считаются печень и сухожилия человека, поскольку эти органы наделены большой жизненной силой.

Огонь: живой и теплый. Огонь воскрешает в памяти солнце, которое позволило создать все живое. Сердце, постоянно заставляющее кровь циркулировать по человеческому телу, а также язык – считаются вещами той же природы.

Почва: плотная и спокойная. Почва все принимает и все рождает. Конец лета, сезон созревания овощей и плодов, а также один из плотных органов – селезенка – считаются вещами той же природы.

Металл: по своей природе он проявляет способность убивать и олицетворяет прохладный ветер осени, когда падают листья. Считается, что природу металла имеют легкие.

Вода: спокойная и холодная, течет вниз. Зима, а также почки, как полагают, наделены этими признаками.

Между пятью элементами существуют связи двух порядков.

Во-первых, пять элементов питают или порождают друг друга. Известно, что дерево питает огонь, огонь питает почву, почва питает металл, металл питает воду, а вода питает дерево. Этот цикл непрерывен.

Во-вторых, пять элементов взаимно преодолевают друг друга. Известно, что дерево держит почву, почва сдерживает воду, вода преодолевает огонь, огонь преодолевает металл, а металл преодолевает дерево. Этот цикл также непрерывен.

В 34-й главе этой книги утверждается, что «при диагностировании того или иного заболевания печени необходимо назначать лекарство, воздействующее прежде всего на селезенку, чтобы, тонизируя ее энергию, предотвратить тем самым ее заболевание». Это знание основано не только на практическом опыте, но и на точке зрения философии, согласно которой дерево (печень относится к элементу «дерево») «преодолевает» землю (селезенка относится к элементу «почва»). Поэтому следует вовремя принять необходимые меры профилактики.

Посредством теории пяти элементов древние философы пытались охватить все вещи и все феномены мира.

Все вещи взаимообусловлены и теряют смысл, если нарушены их взаимосвязи. И похоже, нельзя найти ни одного примера, ставящего под сомнение теорию пяти элементов.

В процессе своего развития учение «Инь-Ян» и теория пяти элементов были объединены для составления теории, которую древние китайцы применили к астрономии, географии, календарю, искусствам, сельскому хозяйству, кулинарии, фэншуй, военному делу и медицине. В традиционной китайской медицине положения этой теории считаются не только приемлемыми, но и тесно связанными с лечением. Всегда говорят об Инь и Ян почек, сердца, меридианов и т. п. Китайские врачи, практикующие западную медицину, не могут отклониться от влияния этой теории и используют понятия Инь и Ян для обозначения позитивного или негативного результата анализа или обследования.

СЕ И ЧЖЭН

Эти два слова противоположны по смыслу. Чжэн, также именуемая чжэн ци, означает истину, достоинство, справедливость, красоту и все то, что является благом для всего общества в целом и отдельных людей. Так, в плане военном война, которая ведется с целью сопротивления агрессии и угнетению, – это справедливая война. В традиционной китайской медицине понятие чжэн ци может иметь отношение как к природным явлениям, так и к человеку. Ветер, холод, жара, влажность, сухость и огонь именуются «шестью дуновениями», от которых зависит существование человечества. Если их изменения не выходят за пределы нормы, то они являются позитивными факторами (чжэн ци).

Се, именуемая также се ци, означает злобу, жестокость, несправедливость и все то, что вредит обществу и благу отдельных людей. В традиционной китайской медицине се также может иметь природный и человеческий характер. Если перемены шести вышеупомянутых «дуновений» соответственно переходят пределы нормы и приспособляемости человека, то они могут стать негативными факторами, а также – патогенными факторами (се ци). Нарушение равновесия или чрезмерная концентрация патогенных факторов способна повредить здоровью, а в наиболее тяжелых случаях – стать причиной болезни. Врачи, практикующие традиционную китайскую медицину, называют также се ци патогенной энергией.

АЮРВЕДА определяет естественное состояние организма, как состояние полного здоровья, счастья и чувства внутреннего благополучия. Болезни, как известно, обладают сильным разрушительным действием, и тормозят гармоничное развитие личности. АЮРВЕДА обозначает три главные причины болезни человека:

неправильное (недостаточное) использование сенсорных чувств;

ошибочность жизненных взглядов, суждений, философских критериев;

влияние сезонных изменений на состояние организма.

Согласно древней индийской системе медицины, все болезни человеческого организма могут быть подразделены на семь категорий:

1. Генетические болезни
2. Врождённые болезни
3. Конституциональные болезни
4. Травматические болезни
5. Сезонные болезни
6. Инфекционные (природные) болезни
7. Естественные болезни

Общий подход аюрведической медицины к очищению, укреплению и оздоровлению организма предполагает три важных этапа:

1. Определение соотношения первоэлементов в конституции пациента.

2. Выявление причины возникновения дисбаланса первоэлементов, способствующего возникновению заболевания.

3. Применение терапевтических рекомендаций для уравновешивания баланса первоэлементов.

В АЮРВЕДЕ принято рассматривать не только симптомы определенной болезни, но и искать и определять ее коренную причину – в отличие от методов диагностики и лечений более распространенной в мире западной медицины. Правильное определение причин возникновения болезни помогает предупредить развитие опасных заболеваний, значительно облегчить состояние больного и назначить профилактические и лечебные меры для оздоровления организма – таково философское кредо индийской медицины, известное с древности.

Специальные методы диагностики для определения точных симптомов болезни может практиковать только доктор аюрведы или АЮРВЕДА-МАСТЕР, пройдя предварительное многолетнее обучение в специальном аюрведическом центре. В дополнение к аюрведическим методам диагностики, специалист АЮРВЕДЫ обязательно проводит детальный опрос пациента с выяснением конкретных жалоб, динамики развития болезни, изменений в психическом и физическом состоянии и пр. Для каждого пациента разрабатывается индивидуальная программа оздоровления/лечения организма, основанная исключительно на его конституционных и возрастных особенностях, состоянии трех дош и определении пракрити и викрити. В оздоровительную программу по АЮРВЕДЕ обязательно включены рекомендации по режиму питания (диета, употребление или отказ от определенных продуктов), по правильному распорядку дня (в соответствии с совместимостью первоэлементов) и, конечно, по ознакомлению с главным принципом аюрведической философией жизни – желанием быть здоровым.

Диагностические процедуры АЮРВЕДЫ охватывают полное общее обследование пациента, включающее лабораторные анализы и фундаментальный осмотр:

Визуальное обследование и осмотр (даршан);

Осязательное восприятие (спаршан);

Опрос, анкетирование (прашна).

Основные методы АЮРВЕДЫ – диагностики (обследования):

Восьмигранное (ашта-бидха) обследование (парикша) Восьмигранное обследование пациента обеспечивает ясную картину природы болезни и общего состояния организма. Такое обследование включает в себя проверку: пульса, языка, голоса, кожи, глаз, общего вида, мочи и стула.

Десятигранное (даша-бидха) обследование (парикша)

Десятигранная проверка по АЮРВЕДЕ охватывает изучение важных параметров организма: конституция тела, патологическое состояние, жизнеспособность тканей, физическое телосложение, размеры тела, адаптация, психическая конституция, способность к перевариванию пищи и выполнению определенных физических упражнений, возрастные изменения.

АЮРВЕДА успешно предупреждает развитие многих заболеваний – с помощью специальной диеты, регулярного употребления натуральных препаратов и аюрведических трав и масел – и эффективно помогает при различных воспалениях и осложнениях неврологических болезней, кожных заболеваний, стрессовых и депрессивных состояний, нарушений обмена веществ, заболеваний желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата и других болезней.

АЮРВЕДА гласит, что лечение любой болезни необходимо начинать с полного очищения организма – выведения шлаков и токсинов из органов пищеварения, дыхания и других жизненно важных систем.

ПанчаКарма – аюрведический метод очищения и оздоровления организма ПанчаКарма – древнейшая индийская программа очищения и омоложения тела, сознания и ума. С древних времен известно благотворное воздействие этой программы на общее состояние здоровья, устранение стрессов, самовосстановление самочувствия. Программа предусматривает широкий спектр процедур, составленных по уникальным аюрведическим методикам. ПанчаКарма помогает восстановить естественноесостояние человека, очищает организм от шлаков и токсинов, возвращает гармонию человеческому организму. ПанчаКарма – это комплекс эффективных терапевтических процедур, уникальных по своему природному происхождению – приносит жизненную энергию, придает уверенности в своих силах и способствует развитию духовного мира.

Терапия ПанчаКарма оказывает сильное воздействие на человеческий организм:

Происходит не только устранение болезни, но и выведение шлаков и токсинов из тела;

Излечиваются многие заболевания, которые признаны западной медициной неизлечимыми;

Каждая доша приходит в равновесие после проведения ПанчаКармы.

Один из основных принципов АЮРВЕДЫ – очистительная терапия – удаление из организма отходов, мешающих его полноценной жизнедеятельности. Этот метод АЮРВЕДЫ основан на индивидуальных особенностях пациента – пол, возраст, сезонные изменения/обострения заболевания – и проводится по конкретным показаниям для эффективной подготовки организма к последующему применению аюрведических рекомендаций и лечению АЮРВЕДОЙ.

Для очистительных процедур и оздоровления организма АЮРВЕДА использует эффективные свойства лекарственных растений, БАДы, минералы. Особое место в лечении многих заболеваний занимают аюрведические специи и травы, не дающие побочных эффектов, не вызывающие привыкания и способные излечить человека.

Тема 7. Эпидемиологические акции здоровья и их социальное значение

Эпидемиология (др.-греч. ἐπιδημία – имеющая всенародное распространение; λόγος – учение) – общемедицинская наука, изучающая закономерности возникновения и распространения заболеваний различной этиологии с целью разработки профилактических мероприятий (преморбидная, первичная, вторичная и третичная профилактика). Предметом изучения эпидемиологии является заболеваемость – совокупность случаев болезни на определённой территории в определённое время среди определённой группы населения.

За весь период развития после бактериологических открытий эпидемиология сформировалась как наука, изучающая закономерности эпидемического процесса в интересах ликвидации его и его профилактики. По мере расширения границ профилактики за пределы инфекционной патологии возникла потребность в популяционном подходе при изучении не только инфекционных, но и неинфекционных заболеваний. Наиболее представительным эпидемиологическим исследованием, которое оценивает эпидемиологию как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний, является проводимое под эгидой Всемирной организации здравоохранения исследование Global Burden of Disease. В настоящее время завершается его очередной этап,

позволяющий оценить встречаемость, распространённость и летальность основных групп заболеваний во всем мире и отдельных регионах за период 1980—2010 гг.

Цель эпидемиологии заключается в выявлении закономерностей возникновения, распространения и прекращения болезней человека и разработке мер профилактики и борьбы с ними

Задачи эпидемиологии сводятся к следующим:

- определению медицинской и социально-экономической значимости болезни, её места в структуре патологии населения;
- изучению закономерностей распространения болезни во времени (по годам, месяцам и т. п.), по территории и среди различных групп населения (возрастных, половых, профессиональных и т. д.);
- выявлению причин и условий, определяющих наблюдаемый характер распространения болезни;
- разработке рекомендаций по оптимизации профилактики;
- разработке прогноза распространения изучаемой болезни.

Объектом эпидемиологии инфекционных болезней является эпидемический процесс, закономерности его развития и формы проявления.

Предметом эпидемиологии являются:

- процесс возникновения и распространения любых патологических состояний среди людей (в популяции);
- состояние здоровья (невозможность возникновения и распространения патологических состояний).

Эпидемиологический метод – специфическая совокупность приемов и способов, предназначенных для изучения причин возникновения и распространения любых патологических состояний в популяции людей (включает наблюдение, обследование, историческое и географическое описание, сопоставление, эксперимент, статистический и логический анализ).

Олимпийские игры – величайшие из эллинскихнациональных праздненств, происходившие в Олимпии на Пелопоннесе в период с 776 г. до н. э.до 394 года н. э. Центральным элементом Олимпийских игр были спортивные соревнования, при этом игры имели религиозное значение. В первый день атлеты (участники) клялись и приносили жертвы богам. Судьи тоже клялись, что будут честно судить. Следующие 3 дня проходили соревнования. Главное состязание – это пятиборье. Начиналось пятиборье всегда с бега, затем прыжки в длину (прыжки в длину были очень сложны, так как в руках у прыгуна были зажаты гири). Метание копья – третье и метание диска – четвёртое, а пятым была борьба, в которой для победы было необходимо добиться трёхкратного падения противника на землю. Гонки колесниц были самым

ожидаемым зрелищем. В двух местах стояли столбы, которые все участники пытались поближе объехать, но порой переворачивались.

о древнейшему сказанию, Олимпийские игры возникли ещё во времена Кроноса, в честь Идейского Геракла. Согласно мифу, Рея передала новорождённого Зевса Идейским дактилям (Куретам). Пятеро из них пришли с Критской Иды в Олимпию, где был уже воздвигнут храм в честь Кроноса. Геракл, старший из братьев, победил всех в беге и был награждён за победу венком из дикой оливы. При этом Геракл установил состязания, которые должны были происходить через 5 лет, по числу прибывших в Олимпию идейских братьев.

Существовали и другие сказания о возникновении национального праздника, приурочивавшие его то к той, то к другой мифической эпохе. Несомненно, во всяком случае, что Олимпия была древним святилищем, давно известным на Пелопоннесе. В «Илиаде» Гомера упоминается о гонках квадриг (колесниц с четвёркой лошадей), устраиваемых жителями Элиды (область на Пелопоннесе, где находилась Олимпия), и куда присылали квадриги из других мест Пелопоннеса (Илиада, 11.680).

Первый исторический факт, связанный с олимпийскими играми – это возобновление их царём Элиды Ифитом и законодателем Спарты Ликургом, имена которых были начертаны на диске, хранившемся в храме Геры в Олимпии ещё во времена Павсания (II век н. э.). С этого времени (по одним данным год возобновления игр – 728 до н. э., по другим – 828 до н. э.) промежуток между двумя последовательными празднованиями игр составлял четыре года или олимпиаду; но как хронологическая эра в истории Греции был принят отсчёт с 776 до н. э. (см. статью Олимпиада (хронология)).

Возобновляя Олимпийские игры, Ифит установил на время их празднования священное перемирие (греч.ἐκεχειρία), которое объявлялось особыми герольдами (греч. σπονδοφόροι) сперва в Элиде, затем в остальных частях Греции; месяц перемирия назывался ἱερομηνία. В это время нельзя было вести войну не только в Элиде, но и в других частях Эллады. Пользуясь тем же мотивом святости места, элейцы добились у Пелопоннесских государств согласия считать Элиду страной, против которой нельзя было вести войны. Впоследствии, однако, элейцы сами не раз нападали на соседние области.

Учёные из разных стран до сих пор ведут споры по поводу того, в каких видах спорта соревновались атлеты. По самой распространённой версии с самого начала единственным видом спорта был бег, но потом к нему присоединились гонки на колесницах и борьба.

В праздничных состязаниях могли участвовать лишь полноправные эллины. Подвергнувшиеся атимии греки, а также варвары могли быть только зрителями. Позднее исключение было сделано в пользу римлян, которые, как

хозяева земли, могли изменять по своему произволу религиозные обычаи. Не пользовались правом даже смотреть игры также женщины, кроме жрицы Деметры. При этом женщины имели возможность принять заочное участие в Олимпийских играх, просто прислав свою колесницу (победителем считался владелец лошадей, и первой чемпионкой стала Киниска). Кроме того, специально для целеустремлённых женщин греки решили сделать исключение и организовали специальные игры, победительница которых получала оливковый венок и съестные припасы, в частности мясо.

Число зрителей и исполнителей Олимпийских игр было очень велико; очень многие пользовались этим временем, чтобы совершать торговые и другие сделки, а поэты и художники – чтобы знакомить публику со своими произведениями. От разных государств Греции посылались на праздник особые депутаты, которые соперничали друг с другом в обилии приношений, для поддержания чести своего города.

Праздник происходил в первое полнолуние после летнего солнцестояния, то есть падал на аттический месяц Гекатомбеон, и длился пять дней, из которых одна часть была посвящена состязаниям, другая часть – религиозным обрядам с жертвоприношениями, процессиями и общественными пирами в честь победителей. По словам Павсания, до 472 до н. э. все состязания происходили в один день, а позднее были распределены на все дни праздника.

О видах соревнований на Олимпийских играх см. статью «Соревнования античных Олимпийских игр».

Судьи, наблюдавшие за ходом состязаний и присуждавшие награды победителям, назывались элланодонами; они назначались при помощи жребия из местных элийцев и заведовали устройством всего праздника. Элланодиковбыло сперва 2, затем 9, ещё позднее 10; со 103-й Олимпиады (368 до н. э.) их было 12, по числу элейских фил. В 104-ю олимпиаду число их было уменьшено до 8, наконец, со 108-й олимпиады до Павсания их насчитывалось 10 человек. Они носили пурпурную одежду и имели на стадии особые места. Под их начальством состоял полицейский отряд алитаев, с адитархами во главе.

Прежде чем выступить перед народом, все желавшие принять участие в состязаниях должны были доказать элладонам, что 10 месяцев, предшествующих состязанию, они посвятили предварительной подготовке, дав в том клятву перед статуей Зевса. Отцы, братья и гимнастические учителя желающих состязаться должны были также поклясться в том, что они не окажутся виновными ни в каком преступлении. За 30 дней все желающие состязаться должны были предварительно показать своё искусство перед элланодонами в Олимпийской гимназии.

Порядок состязаний объявлялся публике посредством белой вывески (греч. λεύκωμα). Перед состязанием все желающие участвовать в нём вынимали жребий для определения порядка, в каком будут выходить на борьбу, после чего герольд объявлял во всеуслышание имя и страну выходящего на состязание. Наградой за победу служил венок из дикой оливы (греч. κότινος), победителя ставили на бронзовый треножник (τρίπους ἐπίχαλκος) и давали ему в руки пальмовые ветви. Победитель, помимо славы для себя лично, прославлял ещё и своё государство, которое предоставляло ему за это разные льготы и привилегии. Афины давали победителю денежную премию (впрочем, сумма была умеренная). С 540 года до н. э. элейцы разрешали ставить статую победителя в Альтисе (см. Олимпия). По возвращении домой ему устраивали триумф, сочиняли в его честь песни и награждали различными ценными призами.

Олимпийские игры были запрещены в 1-м году 293-й Олимпиады (394 год) христианским императором Феодосиемкак языческие. Заново возрождены в 1896 году (см. Олимпийские игры).

В Республике Беларусь в течение последних пятнадцати лет отмечается постоянный рост заболеваемости населения болезнями системы кровообращения (БСК). Так, только с 2000 по 2011 год заболеваемость БСК в республике возросла почти в два раза: с 17 869,8 в 2000 до 30 486,3 на 100 тыс. населения в 2011 году, причем лидирующими заболеваниями являются артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни. Параллельно заболеваемости БСК растут смертность, инвалидизация жителей республики от БСК.

Рост заболеваемости и смертности от БСК в республике обусловлен объективными и субъективными факторами: постарением населения, ростом психо-эмоциональных нагрузок, изменением характера питания, условий жизни, труда, финансово-экономической ситуации, наличием у значительной части жителей факторов риска развития БСК, а это, в первую очередь, широкое распространение курения, особенно среди молодежи, употребление спиртных напитков, малоподвижный образ жизни, избыточная масса тела, отсутствие у людей мотивации к заботе о собственном здоровье и здоровому образу жизни.

Во исполнение государственной программы «Кардиология» в целях мотивации населения области к соблюдению здорового образа жизни, заботы о собственном здоровье, своевременного выявления и лечения болезней системы кровообращения, формирования ценностных установок на сохранение и укрепление своего здоровья и в целях информированности населения в области медицинских знаний 19-20 апреля 2012 года в учреждениях здравоохранения Минской области проводится общереспубликанская медицинско-

профилактическая акция «Береги здоровье смолоду, пройди мимо инфаркта и инсульта». В указанных точках всем желающим можно измерить артериальное давление, вес, рост, высчитать индекс массы тела. Получить талон-направление на консультацию к врачу-кардиологу.

Международный день пожилых людей отмечается 1 октября

Решение об утверждении этого праздника 14 декабря 1990 года приняла Генеральная Ассамблея.

День пожилых людей празднуется с большим размахом во многих странах.

В этот день многие теле- и радиопрограммы транслируют передачи с учетом вкусов пожилых людей. 1 октября проходят различные фестивали, организуемые ассоциациями в защиту прав пожилых людей, конференции и конгрессы, посвященные их правам и их роли в обществе. Общественные организации и фонды устраивают в этот день различные благотворительные акции. В Республике Беларусь по состоянию на 01.07.2011 года проживает 1.993 тысячи граждан старших возрастных групп. Численность лиц пожилого и старческого возраста ежегодно увеличивается.

В Республике Беларусь приняты необходимые меры по поддержанию здоровья и благосостояния граждан на протяжении всей жизни. В настоящее время активно проводятся мероприятия «Комплексной программы развития социального обслуживания на 2011-2015 годы», включающие специально разработанную подпрограмму ”Социальная поддержка ветеранов, лиц, пострадавших от последствий войн, пожилых людей и инвалидов“.

Оказание медицинской помощи осуществляется в рамках закона «О здравоохранении» и исключает неравенство в отношении доступа к медицинскому обслуживанию различных категорий граждан, в том числе пожилых. Оказание медицинской помощи пожилым людям осуществляется всеми организациями без ограничения по возрасту. Дискриминация по возрасту не допустима в любом учреждении, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

Тема 8. Проблемы социальной медицины (общественного здоровья)

Биоэ́тика (от «жизнь» + «поведение, поступки») – учение о нравственной стороне деятельности человека в медицине и биологии.

Впервые термин bioethics употребил Фритц Яр (нем. Fritz Jahr) в 1927 году. В 1969 году упоминался мериканским онкологом и биохимиком В. Р. Поттером (англ. Van Rensselaer Potter) для обозначения этических проблем, связанных с потенциальной опасностью для выживания человечества в со-

временном мире. Первое упоминание термина в медицинском журнале относят к 1971 году.

В Encyclopedia of Bioethics (т. 1, с. XXI) биоэтика определяется как «систематическое исследование нравственных параметров, – включая моральную оценку, решения, поведение, ориентиры и т. п. – достижений биологических и медицинских наук».

Позже биомедицинская этика формируется как учебная дисциплина в медицинских вузах. К вопросам биоэтики обращались и обращаются мыслители разных направлений. Например, известный японский специалист по истории буддизма Накамура Хадзимэ (1912—1999) в своих работах не раз касался проблем биоэтики.

В узком смысле понятие биоэтика обозначает весь круг этических проблем во взаимодействии врача и пациента. Неоднозначные ситуации, постоянно возникающие в практической медицине как порождение прогресса биологической науки и медицинского знания, требуют постоянного обсуждения как в медицинском сообществе, так и в кругу широкой общественности.

В широком смысле термин биоэтика относится к исследованию социальных, экологических, медицинских и социально-правовых проблем, касающихся не только человека, но и любых живых организмов, включённых в экосистемы, окружающие человека. В этом смысле биоэтика имеет философскую направленность, оценивает результаты развития новых технологий и идей в медицине и биологии в целом.

Вопрос о приемлемости добровольного ухода из жизни становится всё более актуальным – по мере того, как растут технические возможности сохранения «жизни тела» – при вполне возможной «смерти мозга».

Эвтана́зия (от греч. – хорошо + – смерть) – практика прекращения жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием, испытывающего невыносимые страдания.

«Эвтаназией» также иногда называют усыпление животных, в том числе лабораторных и бродячих животных.

Выделяются два основных вида эвтаназии: пассивная эвтаназия (намеренное прекращение медиками поддерживающей терапии) и активная эвтаназия (введение умирающему медицинских препаратов либо другие действия, которые влекут за собой быструю и безболезненную смерть). К активной эвтаназии часто относят и самоубийство с врачебной помощью (предоставление больному по его просьбе препаратов, сокращающих жизнь).

Помимо этого, необходимо различать добровольную и недобровольную эвтаназию. Добровольная эвтаназия осуществляется по просьбе больного или с предварительно высказанного согласия (например, в США распространена практика заранее и в юридически достоверной форме выражать

свою волю на случай необратимой комы). Недобровольная эвтаназия осуществляется без согласия больного, как правило, находящегося в бессознательном состоянии. Она производится на основании решения родственников, опекунов и т. п. Совет по этике и судебным делам Американской медицинской ассоциации допускает при этом, что эти решения могут быть «не обоснованными». Однако, в случае «компетентного решения», считается, что люди имеют право принимать решения, которые другие считают неразумными, поскольку их выбор проходит через компетентно обоснованный процесс и совместим с их личными ценностями.

Термин «эвтаназия» впервые употреблён Фрэнсисом Бэконом в XVI веке для определения «лёгкой смерти».

«Краткий оксфордский словарь» даёт три значения слова «эвтаназия»: первый – «спокойная и лёгкая смерть», второе – «средства для этого», третье – «действия по её осуществлению».

До начала Второй мировой войны идея эвтаназии была широко распространена в ряде европейских стран. В то время эвтаназия и евгеника пользовались достаточно высокой популярностью в медицинских кругах европейских стран, однако действия нацистов, такие как программа умерщвления Т-4, надолго дискредитировали эти идеи. Среди известных людей отметим З.Фрейда, который из-за неизлечимой формы рака полости рта с помощью доктора Шура совершил эвтаназию в своём лондонском доме 23 сентября 1939 года, прежде пережив 31 операцию по удалению опухолей под местной анестезией (наркоз в таких операциях в то время не применялся).

Идея эвтаназии в конце XX века становится всё более и более популярной, одновременно с более широким использованием другого важного понятия, качества жизни. Однако Клятва Гиппократа в её традиционной форме содержит запрет на содействие уходу из жизни:

Пионером в области легализации добровольной смерти стали Нидерланды. В 1984 году Верховный суд страны признал добровольную эвтаназию приемлемой. 1 апреля 2002 года эвтаназия в Нидерландах стала легальной.

Эвтаназия была легализована в Бельгии в 2002 году. В 2003 году эвтаназия помогла расстаться с жизнью 200 смертельно больным пациентам, а в 2004 году – 360 пациентам.

В 2014 году в Бельгии была узаконена эвтаназия детей.

В США закон, разрешающий оказание медицинской помощи в осуществлении самоубийства больным в терминальной стадии, был принят (с рядом ограничений) в ноябре 1994 года в штате Орегон, а в ноябре 2008 года в штате Вашингтон. В штате Вермонт 13 мая 2013 года принят законопроект, разрешающий эвтаназию. В марте 2012 года губернатор штата Джорджия Натан Дил подписал законопроект, запрещающий эвтаназию. В Калифорнии

в октябре 2015 года губернатором Джерри Брауном был подписан закон «О праве на смерть», который разрешает проведение эвтаназии. Таким образом, процедура стала разрешена в 5 штатах.

В Люксембурге разрешено помогать безнадежно больным людям уходить из жизни.

В Азербайджане запрет эвтаназии закреплён законодательно: согласно УК Азербайджана, эвтаназия «наказывается исправительными работами на срок до двух лет либо лишением свободы на срок до трёх лет с лишением права занимать определённую должность или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет или без такового».

Верховный суд Канады разрешил применение эвтаназии.

51,5 % и 44,8 % российских врачей в возрасте соответственно 41—50 и 51—65 лет на вопрос социологического опроса (1991—1992 гг.) «считаете ли Вы допустимой эвтаназию?» ответили «никогда об этом не думал(а)». Положительный ответ был дан 49 % врачей в возрасте 21—30 лет.

Общественно-политическая деятельность, направленная на убеждение общественного мнения в допустимости эвтаназии, то есть удовлетворения просьбы смертельно больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, проводится во многих странах. Сторонники эвтаназии аргументируют свою позицию соображениями гуманности, противники же считают её легализацией содействия в самоубийстве, а также разные криминальные проявления, связанные с лишением жизни. В некоторых странах, как, например, в Австралии, пропаганда эвтаназии влечёт за собой уголовное наказание по статьям «доведение до самоубийства», «содействие в самоубийстве» и прочим. В некоторых странах (Нидерланды, Бельгия, Канада) эвтаназия разрешена законодательно.

Трансплантация – в медицине пересадка какого-либо органа или ткани, например, почки, сердца, печени, лёгкого, костного мозга, стволовых гемопоэтических клеток, волос.

Организм, от которого берут органы или ткани для пересадки, называют донором.

Организм, которому пересаживают ткани или органы, называют реципиентом.

Для обозначения повторной пересадки того или иного трансплантата служит термин «ретрансплантация».

Различают экспериментальную и клиническую трансплантацию. Экспериментальная трансплантация необходима как предклинический этап разработки всех биологических, хирургических и организационных проблем пересадки тех или иных органов или тканей. В эксперименте осуществляют трансплантацию практически всех тканей и органов. Экспериментальная

трансплантация необходима для дальнейшего изучения иммунных реакций со стороны реципиента после трансплантации ему донорских органов и тканей. Экспериментальная трансплантация крайне важна и для разработки новых препаратов (циклоспорина), способствующих нормальной адаптации пересаженных генетически отличных органов и тканей.

Различают следующие виды трансплантации:

- аутотрансплантация, или аутологичная трансплантация – реципиент трансплантата является его донором для самого себя. Например, аутотрансплантация кожи с неповреждённых участков на обожжённые широко применяется при тяжёлых ожогах. Аутотрансплантация костного мозга или гемопоэтических стволовых клеток после высокодозной противоопухолевой химиотерапии широко применяется при лейкозах, лимфомах и химиочувствительных злокачественных опухолях.
- изотрансплантация, или изогенная трансплантация – донором трансплантата является полностью генетическии иммунологически идентичный реципиенту однояйцовый близнец реципиента.
- аллотрансплантация, или гомотрансплантация – донором трансплантата является генетически и иммунологически отличающийся человеческий организм.
- ксенотрансплантация, или межвидовая трансплантация – трансплантация органов от животного другого биологического вида.
- Прижизненное изъятие органов

В России прижизненное изъятие органов (в основном почки) допускается только от ближайших родственников, с обоюдного согласия участников.

- Использование органов от умерших людей

Чем раньше будет пересажен орган погибшего от каких-либо причин донора, тем выше шансы на успех операции. Однако процедура фиксации смерти и её критерии до сих пор остаётся предметом дискуссий.

Принята практика, при которой, если человек или его родственники не высказывались прямо против возможности использования органов после смерти, считается потенциальным донором.

Наиболее сложным вопросом остаётся доверие к службам, обеспечивающим изъятие органов (контроль за отсутствием злоупотреблений – потенциально опасными считаются прецеденты доведения больных доноров до смерти, неоказание должной помощи потенциальному донору, и даже изъятие органов у здоровых людей, под предлогом тех или иных искусственно навязанных врачом операций).

Пересадка органов от животных к человеку по этическим соображениям, для мусульман или иудеев неприемлемыми могут быть ткани и органы свиньи, а для индуистов – коровы. Так же ксенотрансплантация подвергается

критике со стороны защитников прав животных и людей, считающих подобную практику неэтичной по отношению к животным.

Вопрос о возможности проведения медицинского аборта, о допустимости, решается законодательно, в разных странах по-разному, в зависимости от светского или религиозного характера государства. Ислам, буддизм и индуизм отрицают возможность аборта, даже по медицинским показаниям. Католическая церковь и Православные церкви (в том числе Русская православная церковь) вслед за Василием Великим приравнивают аборт к убийству. В документе Основы социальной концепции Русской православной церкви говорится о гипотетической допустимости аборта для спасения жизни матери. Согласно официальной позиции Русской православной церкви, использование внутриматочных и гормональных средств контрацепции, имеющих абортивное действие, то есть вызывающие гибель человеческого существа в эмбриональный, переходный или плодный (фетальный) период жизни, приравнивается к совершению аборта.

В большинстве светских государств считается, что телесная автономия женщины дает ей право распоряжаться своим организмом, а появление новой личности, обладающей правами, происходит в момент появления на свет. Поэтому во всех этих странах аборт разрешён.

В отдельных случаях для получения стволовых клеток используют эмбриональные ткани (чаще всего используют либо СК самого пациента, либо недифференцированные клетки бластоцисты). В некоторых странах запрещено использование абортивного материала для этой цели, в других странах явно разрешено только использование тканей, выращенных in vitro. Альтернативой эмбриональным стволовым клеткам могут стать индуцированные стволовые клетки, которые получают омолаживающим перепрограммированием из клеток самого пациента. Это снимет проблемы биоэтики.

Проведение клинических испытаний новых лекарственных средств и вакцин необходимо для совершенствования методов терапии, поиска наиболее эффективных препаратов.

Раньше проведение таких испытаний не было столь масштабным, как теперь, а у врачей – было меньше сомнений в отношении возможности проявления тех или иных побочных эффектов или осложнений.

Современная фармакология приобрела значительный опыт в направлении проведения доказательных и этичных клинических испытаний. На формирование этого опыта оказали влияние и судебные иски пациентов, волонтёров, других категорий испытуемых, которые были зафиксированы за последние 50 лет.

В настоящее время основным требованием для участия в испытаниях является получение т. н. «информированного согласия» пациента или волонтёра.

Технология суррогатного материнства запрещена в некоторых странах (Германия), но разрешена в России и на Украине. В каждой стране имеются особенности законодательства, по-разному нормирующие эту практику.

Значительная часть проблем связана с потенциальной возможностью принятия тех или иных решений на основании данных о геноме человека, или же отдельных результатов биометрических тестов. Эти данные составляют врачебную тайну, и существует целый ряд опасений относительно их «нецелевого использования», в частности – для учёта этих данных при страховании, при приёме на работу.

Возможность пренатальной диагностики определённых характеристик эмбриона (пол, маркеры наследственных заболеваний, маркеры наличия изоферментных систем и др.) сегодня реально обеспечивают путь к изменению пула естественных генов человека.

Тема 9. Социальные проблемы здоровья в декларациях и конвенциях ООН

Права человека – неотъемлемый элемент человеческой личности и человеческого бытия. Поэтому процесс формирования концепции прав человека прошёл длительный путь, связанный с историей развития общества. Начало его восходит к первым формам общественной жизни людей, вызвавшей необходимость регулирования их поведения в окружающем мире.

Идеи естественного равенства людей – равенства по природе, столь существенные для понимания прав человека, были высказаны древнегреческими софистами (Протагор, Антифонт, Ликофрон) и китайскими мыслителями (Мао-Цзы, Конфуций) ещё в VI-IV вв. до н.э. В VI в. до н.э. греческий архонт Солон разработал Конституцию, закрепляющую принципы демократического устройства общества, касающиеся привлечения к ответственности чиновников за произвол по отношению к населению.

Наиболее типичные взгляды на человека, государство, свободу изложил Аристотель (384 – 322 до н.э.). По Аристотелю государство обязано заботиться о свободных, а не рабах. Поэтому и правами граждан обладали только свободные.

Идеи равенства всех людей можно найти и в раннем христианстве. Характерны такие постулаты: «каждый получает награду по своему труду; где нет закона, там нет и преступления; какой мерой мерите, такой отмерено будет и вам».

Древнеримским юристам принадлежит заслуга в разработке понятия субъекта права и равенства перед законом. «Под действие закона должны попадать все», – утверждал Цицерон. Следует отметить, что философские идеи не получали адекватного отражения в законодательстве в условиях классового общества в Древней Греции и Римском государстве. Права человека рассматривались законом как привилегия только рабовладельцев, исключая огромную массу людей.

Аналогичная тенденция характерна для периода средневековья, с его сословно-иерархической структурой, где права человека являлись привилегией отдельных сословий, а равенство прав обуславливалось принадлежностью к одному и тому же сословию. Вместе с тем сословная ограниченность прав человека не умаляет значения английского документа – «Великой хартии вольностей» 1215г. Она положила начало трудному пути образования правового государства. Обратим внимание на ряд статей, имеющих особую принципиальную важность.

Статья 38. Впредь никакой чиновник не должен привлекать кого-либо к ответу (на суде, с применением ордалий) лишь на основании своего устного заявления, не привлекая для этого заслуживающих доверия свидетелей.

Статья 39. Ни один свободный человек не будет осужден или заключен в тюрьму или лишен владения или объявлен стоящим вне закона или каким-либо иным способом и мы не пойдем на него и не пошлем на него иначе как по закону приговору равных ему и по закону страны.

Статья 40. Никому не будем продавать права и справедливость, никому не будем отказывать в них или замедлять их

Хотелось бы отметить, что в XVII – XVIII вв. в Беларуси действовали сторонники «натурального права»: Ф. Скорина, С. Будный, М. Литвин, А. Волон и другие. Так. Вслед за Аристотелем и Цицероном Ф. Скорина утверждал, что «всякое цивилизованное житьё должно строиться на законопослушании». Он выступал за приоритет права. Мыслитель любил повторять: «Когда в обществе отсутствует законопослушание и господствует своеволие и беззаконие, то это – общество не людей, волчья стая».

Однако ключевую роль в формировании естественно-правовой концепции прав человека играли философы-просветители XVI-XVIII вв.: англичанин Локк, американцы Пэйн и Джефферсон; французы Руссо, Монтескье, Вольтер; голландец Гроций. Их идеи, касающиеся равенства людей, неотчуждаемости таких прав, как право на жизнь, свободу и безопасность, которыми они наделены от рождения, получили закрепление в конституционном и ином законодательстве периода буржуазных революций и становления буржуазных государств: в Англии – в Петиции о правах 1628г. и «Билле о правах» 1689г.; в Америке – Декларация о правах Вирджинии 1776г. и Де-

кларации независимости США 1776г., «Билле о правах» 1791г.; во Франции – Декларации прав человека и гражданина 1789г..

Итак, к началу разработки Всеобщей декларации прав человека имелась сложившаяся концепция прав и свобод человека, получившая закрепление в конституционном законодательстве наиболее развитых государств того времени.

Вопрос о необходимости разработки Декларации прав человека возник в ходе разработки Устава Организации Объединенных Наций (далее ООН). Почему именно в тот период проблема создания механизма международной защиты в области прав человека стала столь актуальной и насколько правомерно было связывать ее с созданием новой организации? Причины сводились к следующему:

вторая мировая война сопровождалась вопиющим нарушением прав человека фашистскими режимами Германии, Италии, Японии, которые, по словам французского юриста Р. Кассена, действовали «с беспрецедентной варварской методичностью». Разработка универсального международного документа, закрепляющего основные права и свободы, должна была создать убежденность международного сообщества в их первостепенной важности для человеческого существования;

вполне оправдано увязывание проблемы защиты прав человека с деятельностью создаваемой международной организации, направленной на обеспечение мира и безопасности. Реализация прав и свобод возможна только в условиях мира и стабильности. Любой вооруженный конфликт сопровождался их грубым нарушением, и наоборот. Попрание прав человека неоднократно приводило к вооруженным конфликтам .

Инициатива США в постановке вопроса о разработке Декларации прав человека объяснялась активной деятельностью американских неправительственных организаций (Американский институт права, Комиссия по обеспечению мира, Американская группа планирования), которым принадлежала идея разработки Декларации прав человека и включение её в текст Устава ООН либо в качестве приложения к нему. Такой же позиции придерживались латиноамериканские государства. Под давлением американских организаций правительство США на конференции по выработке Устава ООН в Думбартон-Оксе в 1944г. с участием представителей СССР и Великобритании приняло компромиссный вариант: включить в будущий Устав только статьи, касающиеся целей и задач ООН в области прав человека. Эту позицию США и латиноамериканские государства отстаивали на Сан-францисской конференции в мае-июне 1945г., принявшей окончательный вариант Устава ООН. Благодаря их настойчивости большинство государств, в том числе СССР и Ве-

ликобритания, проголосовали за включение в Устав статей, определяющих стратегию ООН в области прав человека.

Таким образом, в Уставе ООН были закреплены цели и функции ООН в области защиты прав человека и определены органы ООН, ответственные за их реализацию. Одной из главных целей ООН провозглашалось «вновь утвердить веру в основные права человека, в достоинство и ценность человеческой личности, в равноправие мужчин и женщин, в равенство больших и малых наций».

Итак, первым объектом нормотворческой деятельности ООН должны стать основные права человека. С этой целью на основе резолюции Экономического и социального совета (далее ЭКОСОС) от 16 февраля 1946г. была создана Комиссия по правам человека, мандатом которой являлась разработка международных деклараций или конвенций по вопросам гражданских свобод. В состав Комиссии вошли представители стран, принадлежащих к разным континентам – Европа (Англия, Франция, Бельгия), Америка (США, Чили), Азия (Китай, Индия), Африка (Египет), Австралия, и к различным политическим системам (СССР, Украина, Белоруссия, Польша), что нацеливало работу Комиссии на обобщение различных доктринальных подходов, идеологий и национального законодательства.

Для подготовки Декларации была создана временная рабочая группа, в состав которой вошли Элеонора Рузвельт, французский профессор Рэне Кассен, философ по образованию Шарль Малик (Ливан), получивший образование в Гарварде и заменивший впоследствии Элеонору Рузвельт на посту председателя Комиссии по правам человека. Уже на 2-й сессии Комиссии по правам человека, проходившей в декабре 1947г., был представлен практически законный проект Декларации, подготовленный Кассеном, основанный на «Документированных заметках» Департамента по правам человека Секретариата ООН. После обсуждения Комиссии он был отправлен на замечания правительствам.

На 3-й сессии (июнь 1948г.) Комиссия по правам человека, после изучения немногочисленных замечаний правительств, завершила работу над проектом Декларации и представила его в ЭКОСОС, который направил его для окончательной доработки и принятия в III Комитет Генеральной Ассамблеи ООН, проходившей в Париже с сентября по декабрь 1948г.

Острые дебаты и разногласия возникли между представителями социалистических и западных стран по поводу содержания прав человека. Запад считал, например, что социальный прогресс, права и свободы человека можно обеспечить лишь на основе создания, укрепления и развития рыночной экономики. Советский Союз исходил из того, что общественный прогресс,

права человека и демократия могут быть достигнуты в результате уничтожения капитализма и победы коммунизма.

За принятие Всеобщей декларации прав человека проголосовали 48 делегаций из 56 присутствовавших. При этом воздержались 8 делегаций (в том числе СССР, УССР, БССР).

Выступая по мотивам голосования, представители СССР и других социалистических стран отметили, что они воздержались, так как этот документ нарушает суверенитет государств, не содержит целый ряд предложений, внесенный ими, а также не гарантирует осуществления основных прав и свобод.

В бывшем Советском Союзе Всеобщая декларация прав человека впервые была опубликована в 1989 году (Литературная газета. 1989. 25 января), когда начался процесс демократизации тоталитарного коммунистического режима, в БССР – в конце 60-х годов (Усеагульная дэкларацыя правоў чалавека. Мн.: Выд. «Бюро інфармацыі ААН», 1969).

Сегодня мы можем только сожалеть, что в течение 40 лет наш народ был фактически отлучен от идей подлинной свободы, стремления к счастью и человеческому достоинству, равенства людей в своих правах, уважительного отношения друг к другу, добра и справедливости, которые во все времена вдохновляли человека на возвышенные поступки и благородные дела.

Всеобщая декларация прав человека – основной международный документ, провозглашающий неотъемлемые и нерушимые права всех членов человеческой семьи. Ее назначение – служить «в качестве задачи, к выполнению которой должны стремиться все народы и все государства» в своих усилиях по обеспечению всеобщего и эффективного признания и соблюдения перечисленных в ней прав и свобод.

В ознаменование важности как этого документа, так и самого социально-гуманитарного явления было решено 10 декабря провозгласить Днем прав человека.

Принятие Всеобщей декларации – документа, впервые закрепившего перечень прав и свобод человека, как гражданских и политических, так и экономических, социальных и культурных, – стало важным этапом в развитии международных отношений. Всеобщая декларация была принята в виде резолюции Генеральной Ассамблеей ООН, и поэтому она носила лишь рекомендательный характер. В то же время при оценке юридической силы ее положений нужно учитывать, что в международном праве наряду с договором и нормотворческом процессе значительную роль играет обычай, который формируется в результате международной практики государств и постепенно признается ими в качестве правовой нормы. Подобным образом права и свободы, провозглашенные во Всеобщей декларации, рассматриваются в насто-

ящее время государствами в качестве юридически обязательных обычных и договорных норм. При этом следует иметь в виду, что изложенные в Декларации нормы постепенно развиваются, конкретизируются и уточняются в ходе заключения все новых и новых международных соглашений.

Принятие Всеобщей декларации прав человека подтвердило возможность сотрудничества государств с различным общественным строем в области прав человека. Государства-члены ООН смогли достигнуть договоренности относительно тех общих для них принципов, которыми они должны руководствоваться в интересах соблюдения прав человека. Было установлено, какие основные права и свободы должны подлежать всеобщему уважению. Принятие Всеобщей декларации прав человека стало поворотным, эпохальным событием в жизни народов. Впервые в документе приведен перечень основных прав и свобод человека, дана оценка этому общественному явлению, как жизненно необходимому фактору развития мировой цивилизации.

Всеобщая декларация прав человека как один из документов Международного Билля о правах человека

Современное человечество имеет ряд международных документов, в которых закреплены общепринятые права и свободы человека. В системе Организации Объединенных Наций к настоящему времени заключено свыше 60 различных соглашений по правам человека. Этими документами охвачен широкий круг проблем, которыми обеспокоено все человечество. Основной из этих документов – Международный билль о правах человека. Он включает в себя Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакт о гражданских и политических правах, Факультативный протокол к Международному пакту о гражданских и политических правах и Второй факультативный протокол к международному пакту о гражданских и политических правах, направленный на отмену смертной казни.

Разработка и принятие в рамках ООН Билля о правах человека ознаменовали качественно новый этап в развитии международных норм по правам человека. Речь шла уже не о каких-то отдельных правах, о защите какой-то особой категории лиц, а о правах всех индивидов во всех сферах общественной жизни. Всеобщая декларация была принята в виде резолюции Генеральной Ассамблеи ООН и поэтому не является юридически обязательным документом.

Тема 10. Конституция: соматотип и темперамент в риске социально обусловленных болезней цивилизации

Конституция – это совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе наследственных и приобре-

тенных свойств, которые определяют своеобразие реакции организма на внешние и внутренние раздражители.

Конституция человека, в отличие от его физического развития, это характеристика конкретного человека, которая остается постоянной на протяжении всей его жизни, то есть она не имеет возрастной периодизации. По сути, конституция человека – это генетический потенциал человека, продукт наследственности и среды, реализующей наследственный потенциал. Из факторов внешней среды, под влиянием которых реализуются особенности конституции (социально-экономические условия, питание, перенесенные болезни, занятия физической культурой и спортом), особенно в детском и подростковом возрасте.

Конституция, как обобщенная морфофункциональная характеристика индивидуума, отражает особенности не только телосложения, но также психической деятельности, метаболизма и функционирования вегетативных систем, адаптационных, компенсаторных и патологических реакций человека. Хотя проблема конституции имеет многовековую историю, до настоящего времени нет общепринятой формулировки этого понятия, пригодной для лиц различного пола и возраста. Различные методические подходы к выделению конституциональных типов (соматоскопия, антропометрия и их комбинация), неоднозначное толкование самого понятия «конституция» – все это привело к созданию многочисленных схем конституциональной диагностики. Длительное время конституционные типы изучали в связи с предрасположенностью к определенным заболеваниям, затем их стали рассматривать как нормальные варианты строения и функционирования организма. Если рассматривать весь спектр жизненных доминант и установок, то, в конечном счете, они детерминированы нашей конституцией: потребности, способности, интересы, желания, искушения, проблемы алкоголизма, курения, наркомании имеют генетическую компоненту при всей значимости среды и воспитания в этих вопросах. Все проблемы предрасположенности (не предрасположенности) к болезням – тоже конституционально детерминированы, также как и личные предпочтения в образе жизни, духовные установки, психический мир знаний, эмоций и воли, поведение, любовь и ненависть, сексуальный потенциал.

Генотипически астеник никогда не станет гиперстеником и, наоборот. Среда лишь модифицирует наш конституционный потенциал в рамках: конституция – генетически устойчива, стабильна, а фенотип – лишь модифицируется, изменяет конституцию в пределах геномных законов реагирования. Реальная конституция человека складывается из набора составляющих:

- Рефлексивная конституция – генетическая память (эмбриональный путь развития), иммунная память (о перенесенных заболеваниях), нейронная память (память, фиксируемая нейронами).
- Генотипическая конституция – это исходный «наследственный паспорт» (геномная характеристика, хромосомная система человека), определяющий регенерационные способности нашей морфологии (например, заживление ран).
- Фенотипическая конституция – это традиционное (а подчас единственное) представление о конституции человека, на основе наследственной структуры его костно-мышечного «портрета» (по современной терминологии – это эктоморфы, мезоморфы, эндоморфы, различные типы астенических, нормостенических и гиперстенических конституций). По мнению В. П. Петленко выделяют 5 конституциональных типов (варианты нормы): 1) нормостенический, 2) гиперстенический, 3) гипостенический (астенический) 4) грациальный (маленький, пропорциональный, изящный) 5) атлетический тип. Чаще всего эти типы вариабельны, то есть чистый тип выделить на практике удается редко.[3]
- Соматическая конституция – особенности телосложения. Соматотип – тип телосложения – определяемый на основании антропометрических измерений (соматотипировании), генотипически обусловленный, конституционный тип, характеризующийся уровнем и особенностью обмена веществ (преимущественным развитием мышечной, жировой или костной ткани), склонностью к определенным заболеваниям, а также психофизиологическими отличиями.
- Иммунная конституция – система глобулиновой защиты, в основе которой лежит механизм «антиген-антитело», определяющих характер и интенсивность иммунологических реакций («нормального» или аллергического, патологического характера), обеспечивающих постоянство внутренней среды (гомеостаз), либо её патологию.
- Нейронная конституция – состояние неврологической реактивности, определяющее базисные основы обучения, приобретения знаний; это – базисная основа эмоций и волевых процессов, определяющих наше здоровье и нашу неврологическую симптоматику.
- Психологическая конституция определяет психологический тип личности, её характер и темперамент.
- Лимфогематологическая конституция – это особенности лимфотока и группа крови, носящие геномный, конституциональный характер и определяющие интенсивность метаболизма и энергетики организма.
- Гормонально-половая конституция характеризует существенный момент во всех поведенческих реакциях человека. Половое поведение опре-

деляется взаимодействием определенных мозговых структур с половыми гормонами (андрогенами при мужском половом поведении и эстрогенами – при женском половом поведении).

- Основоположник древнегреческой медицины Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) предложил две классификации конституциональных типов. В основу первой классификации положено соотношение и преобладание того или иного основного сока организма (крови, слизи, жёлтой и чёрной жёлчи). В этой связи Гиппократ выделял следующие виды конституции человека: хорошую и плохую, сильную и слабую, сухую и влажную, упругую и вялую. В основу второй классификации положены особенности темперамента и поведения человека в обществе. В частности, он разделил людей на 4 типа: холерик, сангвиник, флегматик и меланхолик. Эту классификацию используют до сих пор. Холерик отличается вспыльчивостью, раздражительностью, порьшистостью и быстротой в действиях, вплоть до необузданности, а также большой, но не постоянной работоспособностью. Сангвиник – эмоциональный, общительный, рассудительный, быстро и обычно правильно принимающий решения, обладающий постоянно высокой работоспособностью человек. Флегматик отличается устойчивостью, напористостью, спокойствием и медлительностью в решении задач, а также большой трудоспособностью. Меланхолик – замкнутый, малообщительный, унылый, подавленный, нерешительный и обладающий низкой работоспособностью человек.
- Чернорyцкий (1927) выделил 3 основных конституциональных типа: 1) гипостенический, 2) нормостенический, 3) гиперстенический. – Гипостеники характеризуются следующими особенностями: – длинное и узкое туловище, узкая грудная клетка, длинные конечности, узкие кости, слабая мускулатура, сердце малых размеров, кишечник короткий, печень и почки опущены; – снижение всасывания питательных веществ в кишках, наклонность к гипо-гликегии, тонус желудка понижен; – преобладание процессов катаболизма (диссимиляции) над процессами анаболизма (ассимиляции); – слабая упитанность (слабое жироотложение); – гипофункция половых желёз и надпочечников; – склонность к более частому развитию аддисоновой болезни более выраженной реакции на инсулин (в связи с чем необходимо уменьшать его дозу); – артериальная гипотензия, склонность к более частому развитию гипотонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и т.д. – Нормостеники характерны и отличаются следующими особенностями: – нормальные пропорции частей тела (головы, туловища, конечностей); – среднее развитие костной мышечной систем; – нормальные величины артериального давления и всасывания питательных веществ в кишках; – умеренное жироотложение; – нормальная интенсивность метаболических процессов и др. – Гиперстеники характеризуются следующими

особенностями: – относительно длинное и широкое туловище, относительно короткие конечности, хорошая унитарность, сердце больших размеров, большой живот, объёмистый желудок, длинный кишечник, большие паренхиматозные органы; – повышенное всасывание питательных веществ в кишках, склонность к гипергликелии и гиперхолестемии, тонус желудка повышен; – хорошая упитанность, склонность к развитию ожирения, преобладание процессов ассимилляции над диссимиляцией, развитие ИБС и коронаросклероза; – склонность к развитию артериальной гипертензии, гипертонической болезни, сахарного диабета, желчнокаменной болезни, кровоизлияниям; – гиперфункция гипофиза, менее выраженная реакция на инсулин (в связи с чем, необходимо увеличивать дозу).

Тема 11. Медико-социальная работа в практике специалиста по социальной работе

Медико-социальная работа – новый вид профессиональной деятельности медицинского, психологического и социально-правового характера, созданный на основе многих дисциплин, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

Медико-социальная работа является более широким понятием, чем медико-социальная помощь.

Медико-социальная работа является специальностью в системе высшего образования и имеет следующие направления специализации: медико-социальная работа с населением, медико-социальная помощь людям пожилого возраста и социальная работа в учреждениях здравоохранения. Но и в практике специалиста по социальной работе, получившего образование в среднем профессиональном учебном заведении, медико-социальная работа занимает также значительное место, так как в настоящее время во многих учреждениях здравоохранения предусмотрена ставка специалиста по социальной работе для выпускников средних учебных заведений (наркологические, психиатрические, онкологические клиники, хосписы, детские клиники, учреждения родовспоможения).

Медико-социальная работа как профессиональная деятельность формируется на стыке здравоохранения и социальной защиты населения, имеет много общего с деятельностью медицинских работников. При этом меди ко-социальная работа не должна подменять собой лечебную работу, что делает необходимым четкое разграничение действий социальных и медицинских работников.

Целью медико-социальной работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физическими и психическими отклонениями, а также социально неблагополучных.

Объектами медико-социальной работы являются различные лица, неблагополучные по медицинским и социальным показателям: инвалиды, лица пожилого и старческого возраста, дети-сироты, юные матери, многодетные и асоциальные семьи, больные СПИДом, пострадавшие от стихийных бедствий, беженцы, безработные и т. д.

Медико-социальная работа включает:

- осуществление государственной политики по обеспечению гарантий нуждающимся гражданам в области медико-социальной помощи;
- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья;
- формирование здорового образа жизни;
- оказание медико-социальной помощи семье и отдельным ее членам;
- организация медицинской помощи и ухода за больными;
- участие в проведении меди ко-социальной экспертизы;
- проведение медико-социальной реабилитации больных и инвалидов;
- проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии и других областях медицины;
- обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольствия и сырья;
- медико-социальный патронаж;
- участие в разработке целевых комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения;
- участие в контроле гарантированного объема и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования и т. д.

Функции медико-социальной работы можно разделить на следующие виды: медико-ориентированные, социально-ориентированные, смешанные.

К медико-ориентированным функциям относятся: организация медицинской помощи и ухода за больными, оказание медико-социальной помощи семье, медико-социальный патронаж различных групп, оказание медико-социальной помощи хроническим больным, организация паллиативной помощи умирающим, вторичная профилактика, санитарно-гигиеническое просвещение, информирование клиента о его правах на медико-со циальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем.

Социально-ориентированные функции включают в себя: обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи; оформление опеки и попечительства; участие в осуществлении реабилитационных программ; информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты; содействие клиентам

в решении социально-бытовых и жилищных проблем; семейное консультирование и семейная психокоррекция; обеспечение доступа информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания.

Смешанные функции – формирование установки клиентов на здоровый образ жизни; планирование семьи; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины; содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей; социально-правовое консультирование; участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях; обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов.

Мировая практика свидетельствует о том, что специалист по социальной работе, профессионально оказывающий помощь своему клиенту, обязан владеть теоретическими и практическими знаниями в области медицины и здравоохранения. Независимо от специализации и места работы, он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья, выступает в качестве «учителя здоровья».

Всемирная Организация Здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Проблема здоровья выступает как глобальная неотъемлемая от других проблем человечества. Она возникает вместе с ним и изменяется вместе с прогрессом общечеловеческой культуры, будучи актуальной во все периоды индивидуального развития организма: от рождения и до смерти, в полном благополучии и при болезни. Здоровье человека является предметом изучения как естественных, так и общественных наук: биологии, медицины, социологии, психологии, философии и многих других. И все же необходимо помнить, что хотя все медицинские доктрины в своей основе имели две взаимосвязанные цели – сохранение здоровья и лечение болезней, фактически медицина является наукой о болезнях. Человек связан с обществом, со всеми эле ментами его структуры множеством отношений. Поэтому не возможно решать проблемы здоровья без учета широкого спектра социальных факторов.

В современных условиях усугубления социальных проблем возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Из потребностей практики возникает необходимость создания новых механизмов, форм и методов

медико-социальной помощи населению как новых социальных технологий, которые позволят обеспечить гражданам комплексные социальные услуги при заболевании, утрате трудоспособности и иных случаях в больнице или вне ее с акцентом на связанные со здоровьем социальные проблемы. В этой связи в 90-е годы в России как качественно новое направление финальной работы и вид профессиональной деятельности стала развиваться медико-социальная работа. Ее становление обусловлено современным состоянием здравоохранения, сажальной защиты населения, других социальных институтов в условиях реформирования экономического уклада и структуры общественных отношений.

До рассмотрения основ медико-социальной работы прежде всего уточним содержание понятия “медико-социальная помощь”. Признано, что медико-социальная помощь представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий : медицинских, социальных, психологических, юридических, педагогических, направленных на укрепление социальной защищенности населения, особенно наиболее уязвимых его слоев. Это межсекторальная сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья населения, так и от современной концепции здоровья и теорий социального обеспечения, являющихся базой медико- социальной помощи.

Медико-социальная помощь включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами.

Медико-социальная работа дает иной подход к оказанию медико-социальной помощи. Она рассматривается как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение и укрепление здоровья различных групп населения. Медико-социальная работа принципиально изменяет комплексную помощь в сфере охраны здоровья, так как предполагает осуществление системных медико-социальных воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу. Таким образом, медико-социальная работа имеет не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность.

Цель медико-социальной работы – достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

Объектом медико-социальной работы являются различные контингенты лиц, имеющих выраженные медицинские и социальные проблемы, взаимно потенцирующие друг друга, решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна в отдельности как для медицинских работников, так и для специалистов учреждений социального обслуживания, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной профессиональной деятельности. К таким контингентам относятся длительно, часто и тяжело болеющие, социально дезадаптированные лица, инвалиды, одинокие престарелые, дети-сироты, одинокие матери, многодетные и асоциальные семьи, пострадавшие от стихийных бедствий, больные СПИДом и др. Численность названных контингентов устойчиво возрастает на протяжении последних лет.

Особенность медико-социальной работы состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей- здравоохранения и социальной защиты населения. Отечественный опыт организации первичной медико-санитарной помощи, зарубежный опыт социальной работы в здравоохранении показывает, что несмотря на предпринимаемые усилия в организации помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна.

Медицинские работники на практике выполняют ряд функций социальных работников – отечественные дипломированные специалисты по социальной работе появились лишь в последние годы и их количество незначительное. В свою очередь, социальные работники очень часто работают с клиентами, которые страдают психической и физической патологией, то есть должны иметь соответствующие медицинские знания, навыки и умения.

При этом необходимо четкое разграничение функций между медицинскими и социальными работниками. Обобщенный перечень специальных функций можно объединить в три группы: медико-ориентированные, социально-ориентированные и интегративные.

В рамках медико-ориентированных функций рассматриваются:

организация медицинской помощи и ухода за больными,

- оказание медико-социальной помощи семье;
- медико-социальный патронаж различных групп,
- оказание медико-социальной помощи хроническим больным;
- организация паллиативной помощи умирающим,

предупреждение рецидивов основного заболеваниям выхода на инвалидность, смертности ,вторичная и третичная профилактика),

- санитарно-гигиеническое просвещение;

информирование клиента о его правах на медикосоциальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем и др.

В социально-ориентированные функции включаются:

-.обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи

- содействие в предупреждении общественно опасных действий

- оформление опеки и попечительства;

- участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;

участие в создании реабилитационной социально- медицинской инфраструктуры для нуждающихся категорий населения.

- обеспечение доступа к информации по вопросам эдоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания,

- информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты,

- содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем получении пенсий, пособий и выплат;

- семейное консультирование и семейная психокоррекция, психотерапия, психическая саморегуляция,

В том числе в интегративных функциях рассматриваются:

- комплексная оценка социального статуса клиента,

содействие выполнению профилактических мероприятий против социально-зависимых нарушений соматического, психическою и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях,

Формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни,

- планирование семьи,

- проведение медико-социальной экспертизы,

осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;

- проведение социальной работы в психиатрии наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;

- содействие предупреждению распространения ВИЧ инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;

- социально-правовое консультирование;

- организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;

- участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;

- обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов и др.

По своей сути медико-социальная работа имеет много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения и предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер ответственности.

Медико-социальную работу можно условно разделить на две направленности – профилактическую и патогенетическую.

Медико-социальная работа профилактической направленности включает выполнение мероприятий по предупреждению социально-зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Медико-социальная работа профилактической направленности включает мероприятия по организации медико-социальной помощи проведение медико-социальной экспертизы. осуществление медицинской социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, проведение коррекции психического статуса клиента, создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

С целью создания оптимальных и наиболее эффективные технологии медико-социальной работы специалисты занимаются разработкой базовых моделей которые позволяют обеспечить единые методические подходы в данном виде деятельности и учесть соответствующую специфику. Это будет проиллюстрировано на примере наркологии и онкологии.

Такие модели можно строить на основании двух положении. Во-первых, выделить наиболее однородные группы клиентов (например, группа повышенного риска, члены семьи клиента и ближайшее окружением длительно и тяжело болеющие. инвалиды и др.). Во-вторых, в работе с каждой из выделенных групп учитывать два сформулированных выше направления медико-социальной работы – профилактическое и эгоистическое. Такой подход позволит при сохранении единых методических принципов учесть специфику профессиональной медико-социальной работы с конкретными контингентами различного профиля в отдельных областях медицины или системе социальной защиты населения.

Закон Республики Беларусь о предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов от 17 октября 1994 г. №3317-XII

Настоящий Закон определяет государственную политику Республики Беларусь в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов как составной части охраны общественного здоровья в целях гарантий и обеспечения условий для его сохранения, восстановления и компенсации нарушенных или утраченных способностей инвалидов к общественной, профессиональной и бытовой деятельности в соответствии с их интересами и потенциальными возможностями.

Статья 1. Определение понятий

предупреждение инвалидности – система медицинских, гигиенических, педагогических, профессиональных и других мер, направленных на предупреждение (профилактику) или уменьшение частоты и тяжести инвалидности;

реабилитация – процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок их независимости;

медицинская реабилитация – процесс, направленный на восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма человека, нарушенных вследствие врожденного дефекта, перенесенных болезней или травм;

медико-профессиональная реабилитация – процесс восстановления трудоспособности, сочетающий медицинскую реабилитацию с определением и тренировкой профессионально значимых функций, подбором профессии и адаптацией к ней; профессиональная реабилитация – система мер, обеспечивающих инвалиду возможность получить подходящую работу или сохранить прежнюю и продвигаться по службе (работе), способствуя тем самым его социальной интеграции или реинтеграции; трудовая реабилитация – процесс трудоустройства и адаптации инвалида на конкретном рабочем месте; социальная реабилитация – система мероприятий, обеспечивающих улучшение уровня жизни инвалидов, создание им равных возможностей для полного участия в жизни общества.

Статья 2. Государственная политика Республики Беларусь в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов

Государственная политика Республики Беларусь в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов выражается в создании правовых, экономических, социальных условий для охраны здоровья и удовлетворения потребностей инвалидов в средствах реабилитации и реабилитационных услугах. Государственная политика Республики Беларусь в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов осуществляется путем разработки и реализации программ, обеспечивающих предотвращение

дефектов и нарушений функций организма при заболеваниях и травмах, предупреждение и снижение уровня инвалидности, а также создание и развитие систем реабилитации в республике.

Статья 3. Законодательство о предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов

Законодательство о предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов в Республике Беларусь состоит из настоящего Закона, Закона Республики Беларусь "О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь" и иных актов законодательства Республики Беларусь.

Статья 6. Государственная программа по реабилитации инвалидов

Государственная программа по реабилитации инвалидов включает:

создание скоординированной системы реабилитации, обеспечивающей непрерывность и преемственность восстановительной технологии;

медицинскую реабилитацию и обслуживание;

консультирование и оказание помощи в социальной сфере, в области психологии;

подготовку к самостоятельному индивидуальному уходу, включая развитие навыков коммуникации, передвижения, общения с особым комплексом мероприятий, необходимых для лиц с различными дефектами здоровья;

обеспечение техническими средствами реабилитации;

специальные услуги в области образования;

специальные услуги по восстановлению профессиональной трудоспособности, переподготовке и трудоустройству, обеспечивающие конкурентоспособность инвалида на рынке труда;

содействие в создании и развитии кооперативов инвалидами и для инвалидов;

оказание необходимой помощи в создании и развитии учебно-производственных предприятий, комбинатов, мелких предприятий и других видов производственных мастерских инвалидами и для инвалидов;

устранение естественных, коммуникационных и архитектурных преград, препятствующих проезду, доступу и свободному передвижению в местах, предназначенных для профессионального обучения и труда инвалидов;

подготовку кадров реабилитационных служб.

Тема 12. Политика ВОЗ «Здоровье для всех» – задачи и стратегии последней четверти XX века

В медицине, здравоохранении, демографии с момента их возникновения используются и совершенствуются тысячи теоретических обобщений – учений и концепций, представляющих теоретический базис. Большая часть их относится к частным вопросам и проблемам – этиологии, патогенезу,

принципам диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, конкретных процессов народонаселения, организации медицинской помощи, управления здравоохранением и др. Их рассмотрение входит в задачу всех медицинских отраслей и дисциплин. Здесь речь пойдет о так называемых общих теориях, трактующих сущность двух основных категорий медицины – здоровья и болезни, общих закономерностях их формирования, преодоления болезней и охраны, укрепления, воспроизводства здоровья, т.е. об общих воззрениях на патологию и санологию – науку о болезнях и науку и здоровье. Такой подход к теориям составляет также задачу нашей науки и дисциплины.

В настоящее время общие теории медицины, здравоохранения и народонаселения (медицинской демографии) можно условно раз- делить на несколько групп.

Общие теории медицины, здравоохранения, народонаселения

Теории обусловленности здоровья, санологии

1. Теория факторов риска здоровью

2. Теория непосредственного воздействия образа жизни на здоровье

3. Теория формирования здорового образа жизни, охраны здоровья здоровых, санологии

4. Теория формирования общих типов (профилей) здоровья – патологии

5. Теория «факторов», «порочного круга нищеты и болезней»

6. Теория «болезней цивилизации» и социальной дезадаптации

II. Натуралистические медико-биологические теории

1. Теория социобиологии Э.О. Уилсона

2. Теория этологии, этологизма

3. Теория человеческой (социальной) экологии

4. Теория стресса и общего адаптационного синдрома Г. Селье

5. Теория фрейдизма, неофрейдизма, психоаналитической психосоматики

6. Теория неогиппократизма и биотипологии

III. Теории функциональной патологии и медицины

1. Теория целлюлярной патологии и ее современные варианты

2. Теория нервизма. Теория кортико-висцеральной патологии

IV. Натуралистические теории народонаселения и здравоохранения

1. Теория мальтузианства

2. Теория неомальтузианства. Теория «оптимума населения»

V. Синтетические, универсальные теории

1. Теория конвергенции общественных систем и здравоохранения

2. Теория «человеческого капитала»

3. Детерминационная теория медицины

Названными теориями не ограничивается круг общих концепций медицины, здравоохранения, народонаселения. Это лишь общие концепции и далеко не все о сущности здоровья, болезней и медико-демографических явлений, известных не только в прошлом, но в современный период.

Общие теории несут на себе печать прежних направлений и учений – гуморализма (примата жидкостей в жизнедеятельности, здоровье, болезнях) и солидаризма (примата твердых частей организма) и тех натурфилософских учений, которые известны со времен древности и вошли в традиционную медицину.

Общие направления теорий медицины

I. Натурфилософское направление древних цивилизаций (Индия, Китай и др.)

1. Представления о гармонии и дисгармонии первоэлементов, определяющих состояние здоровья и болезни

2. Учения традиционной медицины, основанные на древних натурфилософских представлениях

II. Гуморализм

1. Античный, натурфилософский

2. Ятрохимическое направление (Средние века)

3. Гуморализм XVIII-XIX веков

III. Солидаризм

1. Античный, натурфилософский

2. Ятрофизическое направление (Средние века)

3. Анатомо-локалистическое направление (XVIII-XIX вв.)

4. Физиологическое направление (XVIII-XIX вв.)

Концепция "порочного круга нищеты" возникла в связи с применением теории экономического равновесия для анализа слаборазвитых стран. Понятие "порочный круг нищеты" предложили впервые ещё в 1949-1950 гг. Г. Зингер и Р. Пребиш. Ученые попытались объяснить слаборазвитость определенным набором взаимосвязанных экономических и демографических факторов. В послевоенные годы появились разнообразные варианты "порочных кругов нищеты". В основе их – соотношение между ростом населения и изменением экономических условий. Колебание связано с улучшением или с ухудшением среднедушевого уровня национального дохода.

В странах СНГ возникла аналогичная проблема не в результате демографического взрыва. Она стала следствием глубокого трансформационного спада, когда в процессе перехода к рыночной экономике произошло значительное сокращение валового внутреннего продукта и как следствие этого падение жизненного уровня населения.

Порочная цепь болезней и экономических культурных и прочих факторов. каждый из факторов "порочного круга" может играть роль решающего звена в цепи явлений.

В своей теории Т.Р.Мальтус опирается на «Основной биологический закон», который «... состоит в проявляющемся во всех живых существах постоянном стремлении размножаться быстрее, чем это допускается находящимся в их распоряжении количеством пищи...».

Т.Р.Мальтус формулирует «закон убывающего плодородия почвы»:

“Когда мало-помалу будет занята и возделана вся плодородная земля, увеличение количества пищи может быть достигнуто не иначе, как только путем улучшения занятых ранее земель. Эти улучшения, по самым свойствам почвы, не только не могут сопровождаться постоянно возрастающими успехами, но, наоборот, последние будут постепенно уменьшаться”.

Все препятствия, которые ограничивают силу размножения, держат население на уровне средств существования. Препятствия:

1. Предупредительные (влияющие на уровень рождаемости):

- нравственное обуздание;
- пороки.

2. Разрушительные (влияющие на уровень смертности):

- несчастья (болезни, эпидемия, война, чума, голод)

Таким образом, народонаселение строго ограничено средствами существования, оно всегда увеличивается, когда увеличиваются средства существования, если только оно не будет остановлено какой-нибудь могущественной встречной причиной.

Т.Мальтус оправдывал эксплуатацию, эпидемии, войны и другие радикальные средства предотвращения бурного размножения.

История показала, что состав и численность народонаселения зависят не от фатума природы, вечного и неизменного, а от конкретных социально-экономических и политических процессов. Через эти процессы можно регулировать демографические явления. Мальтус не учитывал:

социальные влияния на народонаселение;

влияние способа производства;

национальные традиции;

влияние культуры различных народов;

исторические события;

возможности усовершенствования способов обработки земли;

роста промышленности;

развития науки.

Принципы построения и основные задачи политики здравоохранения в области укрепления и сохранения здоровья, изложенные в документе ВОЗ «Задачи по достижению здоровья для всех».

Задача 1. Справедливость в вопросах охраны здоровья.

Среди социальных детерминант здоровья ВОЗ на первое место ставит уровень доходов населения. Естественно, что и в качестве первой задачи вынесен вопрос о справедливом распределении сил и средств, касающихся охраны здоровья. Эта задача является и целью, и главной частью стратегии. Важно, что эта задача является чисто социальной и, естественно, должна обеспечивать проблему здоровья социальными методами, средствами и технологиями. Люди с низким уровнем доходов не должны быть ущемлены в отношении доступности оздоровительных мер.

Задача 2. Качество жизни.

Как видим, и вторая задача является социальной, а не медицинской, а быстрее категорией социально-психологического характера. ВОЗ следующим образом определяет качество жизни – степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются.

Задача 3. Лучшие возможности для инвалидов. Задача 4. Сокращение распространенности хронических болезней. Задача 5. Сокращение распространенности инфекционных болезней. Задача 6. Сохранение здоровья в старости. Задача 7. Здоровье детей и молодежи. Задача 8. Здоровье женщины. Задача 9. Сокращение распространенности сердечно-сосудистых болезней. Задача 10. Борьба против рака. Задача 11. Несчастные случаи. Задача 12. Сокращение распространенности психических расстройств и самоубийств.

II. Вторая группа задач – Образ жизни, содействующий укреплению здоровья.

Задача 13. Политика, способствующая укреплению здоровья. Задача 14. Укрепление здоровья в конкретных условиях. Задача 15. Компетентность в вопросах охраны здоровья.

Эта задача предполагает создание доступной и эффективной системы просвещения и подготовки населения по вопросам укрепления здоровья. Задача 16. Здоровый образ жизни. Эта задача предполагает поддержку сбалансированного питания, занятия физической культурой, здоровую сексуальность, способность справляться со стрессовыми ситуациями, а также другими аспектами, способствующими укреплению здоровья. Задача 17. Табак, алкоголь, психотропные средства.

III. Третья группа задач – Здоровая окружающая среда. Задача 18. Политика в области окружающей среды и охраны здоровья. Задача 19. Руковод-

ство оздоровлением окружающей среды. Задача 20. Качество воды. Задача 21. Качество воздуха. Задача 22. Качество и безопасность продуктов питания. Задача 23. Удаление отходов и борьба с загрязнением почвы. Задача 24. Экология человека и населенные пункты. Задача 25. Здоровье работающего населения.

IV. Четвертая группа задач – Соответствующая медико-санитарная помощь.

Задача 26. Политика в отношении служб здравоохранения. Задача 27. Ресурсы служб здравоохранения и управление ими. Задача 28. Первичная медико-санитарная помощь. Задача 29. Больничная помощь. Задача 30. Коммунальные службы для людей с особыми нуждами и потребностями.

Задача 31. Качество обслуживания и соответствующие технологии.

V. Пятая группа задач – Стратегия развития в целях достижения здоровья для всех

Задача 32. Научные исследования и развитие в области здравоохранения.

Задача 33. Разработка и выполнение политики достижения здоровья для всех.

Задача 34. Руководство деятельностью по достижению здоровья для всех.

Задача 35. Информационное обеспечение здравоохранения.

Задача 36. Развитие людских ресурсов в целях охраны здоровья.

Задача 37. Партнерство в области охраны здоровья.

Задача 38. Охрана здоровья и этика.

Роль образа жизни и экологии в проблеме здоровья общеизвестна. Надо обратить внимание, что как первая задача (справедливость в вопросах охраны здоровья), так и последняя задача (этика) фактически имеют единую философию, они базируются на нравственно-этических принципах, которые должны действовать в стране в системе охраны здоровья населения. Важность этических норм в деле достижения здоровья для всех еще раз обращает внимание на то, что такая ведущая социальная составляющая человеческой жизни, как здоровье не может быть достигнута только медицинскими технологиями. Духовно-нравственные качества специалистов всех уровней по вертикали и горизонтали требуют немалых усилий, чтобы их сформировать.

Тема 13. Политика ВОЗ «Здоровье всем в XXI столетии»

Политика “ЗДОРОВЬЕ-21” в Европейском регионе ВОЗ состоит из ряда основных элементов. Одна постоянная цель заключается в достижении полной реализации всеми людьми их “потенциала здоровья”. Две основные цели: укрепление и охрана здоровья людей на протяжении всей их жизни;

снижение распространенности и уменьшение страданий, вызываемых основными болезнями, травмами и увечьями.

Три основополагающие ценности как этическая основа “ЗДОРОВЬЕ-21”: здоровье как одно из важнейших прав человека; справедливость в вопросах здоровья и его охраны и действенная солидарность стран, групп и контингентов людей внутри стран и представителей обоих полов; участие в здравоохранительной деятельности и ответственное отношение к ней/подотчетность отдельных людей, групп, населения (общин) и учреждений, организаций и секторов.

Четыре основные стратегии деятельности подобраны для обеспечения научной, экономической, социальной и политической устойчивости как постоянной предпосылки и движущего фактора в реализации целей “ЗДОРОВЬЕ-21”: многосекторальные стратегии в отношении определяющих факторов (детерминант) здоровья с учетом физических, экономических, социальных, культурных и обусловленных половой принадлежностью перспектив и для обеспечения использования оценок воздействия на здоровье; ориентированные на конечные результаты программы и инвестиции для развития здравоохранительной деятельности и клинической помощи; комплексная система первичной медико-санитарной помощи, ориентированная на обслуживание на семейном и коммунально-общинном уровнях и поддерживаемая гибкой и чутко реагирующей больничной системой (стационар) и, наконец, совместная здравоохранительная деятельность при широком участии и привлечении соответствующих партнеров по здравоохранительной деятельности на всех уровнях – дома/семьи, школы и мест работы, местного населенного пункта/общины и страны – и содействуя совместным процессам принятия решений, обеспечения выполнения и отчетности. Были сформулированы двадцать одна задача по достижению здоровья для всех, в которых отражаются конкретные потребности всего Европейского региона и предлагаются необходимые для улучшения положения действия. Они должны стать своего рода эталоном, мерилом оценки хода работы и достижений по улучшению и охране здоровья и уменьшению факторов риска для здоровья. Вместе взятые, двадцать одна задача по достижению ЗДВ представляют собой “вдохновляющую” основу для разработки политики здравоохранения в странах Региона. Резюме 10 Резюме Политика “ЗДОРОВЬЕ-21” должна быть включена, интегрирована в здравоохранительную политику всех государств-членов Региона, и ее принципов должны придерживаться все основные европейские организации и учреждения. Со своей стороны, Европейское региональное бюро ВОЗ должно оказывать самое энергичное содействие в этом, выполняя нижеследующие пять основных ролей, а именно:

1. действовать, апеллируя к “совести людей” во всем, что касается здоровья и его охраны, отстаивая принцип здоровья как основополагающего права человека, выявляя настоятельные или возникающие проблемы и потребности людей, связанные со здоровьем, и привлекая к ним внимание;

2. действовать в качестве важного информационного центра по вопросам здоровья и здравоохранительной деятельности;

3. содействовать пропаганде и развитию политики достижения здоровья для всех по всему Региону, с обеспечением ее периодического пересмотра и обновления;

4. обеспечивать современный инструментарий, основывающийся на подтвержденных достоверных данных, который страны могли бы использовать для преобразования стратегии, основывающейся на принципах достижения здоровья для всех, в конкретные меры и действия; и, наконец,

5. играть роль катализатора деятельности через:

осуществление технического сотрудничества с государствами-членами – эта работа может быть усилена путем создания динамической “функции ВОЗ” в каждой из стран для обеспечения взаимовыгодного обмена опытом между соответствующей страной и региональной организацией здравоохранения; руководящую, лидерскую роль в общерегиональных усилиях по полной или частичной ликвидации болезней или борьбе с ними, если они представляют собой серьезную угрозу для общественного здравоохранения, как, например, в случае эпидемии инфекционных заболеваний и таких пандемий, как болезни, связанные с потреблением табака и табачных изделий; содействие осуществлению деятельности, основанной на принципах стратегии достижения ЗДВ, со множеством партнеров и с использованием для этого соответствующих системно-сетевых связей и структур по всему Европейскому региону; и, наконец, содействие координации деятельности по обеспечению готовности к чрезвычайным происшествиям и ситуациям и для борьбы с последствиями или угрожающими здравоохранению чрезвычайными происшествиями и катастрофами.

Программа здравоохранительной деятельности восемьсот семидесятимиллионное население 51 государства-члена Европейского региона находится на исключительно важном перепутье своей истории. Позади – Двадцать первое столетие, возможно, станет первым столетием в истории Региона, когда основные усилия стран могут быть направлены, наконец, на цели гуманитарного развития Здоровье для всех – это основа взаимоподдержки на уровнях всемирной, региональной и страновой политики / стратегии

20-ое столетие, первая половина которого была отмечена двумя разрушительнейшими мировыми войнами, а последние годы – вооруженными конфликтами и растущими проявлениями несправедливости и неравноправия

в вопросах здоровья и его охраны. Тем не менее, сейчас, накануне 21-го века, вооруженные конфликты пошли на убыль, а кризис здравоохранения в восточной части Региона, по-видимому, достиг своего кульминационного предела. Европейский регион полон выразительнейших контрастов, где богатые страны живут “бок о бок” с наибеднейшими, которые борются с последствиями социальных и политических перемен переходной стадии развития их экономики и создания новых учреждений. При всем том, это лишь одна из составляющих мирового сообщества, претерпевающего глубокие изменения, и где растущая глобализация рынков может привести к еще большему расширению разрыва между богатыми и бедными. Быстрое развитие науки и информационных технологий является предвестником дальнейших новых процессов и изменений, всю глубину и масштабы которых все еще трудно предвидеть.

Чтобы справиться с этой новой ситуацией, необходима такая модель развития социальной политики, при которой здоровье является ключевым фактором, вносящим вклад в это развитие, и одновременно конечным результатом. “Здоровье для всех” задает направление и устанавливает принципы и рамки для развития и продвижения именно в этом направлении. Глобальная политика достижения здоровья для всех Политика достижения “Здоровья для всех в 21-ом столетии”, принятая всемирным сообществом в мае 1998 г., направлена на претворение в жизнь концепции достижения здоровья для всех, представляющей собой перспективное видение этой проблемы, выдвинутое впервые на Всемирной ассамблее здравоохранения в 1977 г. и провозглашенное в качестве глобального движения на Алма-Атинской конференции в 1978 г.

В этой политике изложены глобальные приоритеты на первые два десятилетия 21-го века и десять задач, направленных на создание для всех людей Земли необходимых условий для достижения и поддержания как можно более высокого достижимого уровня здоровья. Очень важно уяснить себе, что здоровье для всех – это не отдельная, разовая и самодовлеющая задача. По основной своей сути, речь идет о Хартии социальной справедливости, обеспечивающей научно обоснованное руководство по вопросам улучшения и налаживания здравоохранительной деятельности, с изложением процессов, долженствующих привести к последовательному улучшению состояния здоровья людей. Как было подчеркнуто во Всемирной декларации по здравоохранению, принятой всеми государствами-членами в мае 1998 г., выполнение политики достижения здоровья для всех зависит от приверженности этому принципу и отношения к здоровью как к основному праву человека. Это связано, в том числе, со все большим предъявлением к применению этических и научных требований в политике здравоохранения и с обеспечением

научных исследований, служб и услуг. Кроме того, это подразумевает выполнение такой ориентированной на обеспечение справедливости и равноправия и основывающейся на достоверных данных политики и стратегии, которые бы акцентировали роль солидарности и учитывали факторы, обусловленные принадлежностью к различным развитии.

Как указывалось во Всемирной декларации по здравоохранению, глобальная политика достижения здоровья для всех на 21-ое столетие должна осуществляться посредством проведения соответствующей региональной и национальной стратегий, причем “ЗДОРОВЬЕ-21” в Европейском регионе является ответом на этот призыв. “ЗДОРОВЬЕ-21” как отклик и ответ Европейского региона ВОЗ на глобальную политику

Со времени своего введения в 1980 г. политика достижения здоровья для всех обеспечивала всеобъемлющие рамки для деятельности по улучшению здоровья в Европейском регионе ВОЗ и оказала весьма значительное воздействие на здравоохранительную деятельность. В настоящем существенном пересмотре политики “ЗДОРОВЬЕ-21” затрагиваются вопросы, связанные с глобальными ценностями, задачами и стратегиями ЗДВ. Кроме того, здесь находят свое отражение текущие проблемы здравоохранения в Регионе, а также происходящие в нем политические и социально-экономические перемены и предоставляемые при этом возможности. “ЗДОРОВЬЕ-21” предоставляет лицам, принимающим решения на всех уровнях, этические и научные основы для оценки воздействия на здоровье их курсов политики, а также для того, чтобы руководствоваться здравоохраненческими требованиями и соображениями в деятельности в области развития применительно ко всем секторам и слоям общества. Политика “ЗДОРОВЬЕ-21” основывается на коллективном опыте европейских государств-членов с их региональным направленным на достижение ЗДВ подходом, благодаря которому в последние 15 лет “конечные результаты в отношении здоровья” стали в виде задач, к которым необходимо стремиться, краеугольным камнем деятельности по разработке и развитию политики и получению программных результатов.

Пересматривая и совершенствуя прежние 38 региональных задач по достижению здоровья для всех в свете прошлых достижений и новых задач, в рамках “ЗДОРОВЬЕ-21” ставятся и определяются 21 задача на 21-ое столетие. Их не следует рассматривать в качестве жесткого перечня предписаний, и вместе они определяют основную суть региональной стратегии. Они задают рамки и определяют принципы для деятельности Региона в целом и являются вдохновляющим фактором для формулирования и постановки задач на страновом и местном уровнях. Здоровье для всех предоставляет лицам, принимающим решения на всех уровнях, этические основы для оценки воздействия на здоровье их курсов политики, а также для того, чтобы руководство-

ваться здравоохранительными требованиями в деятельности в области развития

Солидарность и равноправие в “ЗДОРОВЬЕ-21” обеспечивает практические долгосрочные рамки и принципы солидарности, благодаря которым все государства-члены могут применить свой собственный опыт для уменьшения разрыва в отношении здоровья. Каждый может учиться у другого путем обмена опытом и использовать, в качестве источника “вдохновения” и стимулирования, внешние инициативы. Каждому европейскому государству-члену следовало бы подумать о создании “ВОЗовской функции” у себя в стране для более успешного и выгодного использования технических рекомендаций, вытекающих из глобальных и региональных процессов и деятельности по достижению ЗДВ и чтобы можно было вносить свою собственную лепту в международную сокровищницу знаний и информации,. Для практической организации этого можно было бы использовать самые различные механизмы. Преодоление разрыва в отношении здоровья внутри стран Даже в самых богатых странах Региона зажиточные люди живут на целый ряд лет дольше, реже болеют и меньше страдают инвалидностями, чем бедные. Бедность является наибольшим фактором риска для здоровья, и связанные с уровнем доходов и поступлений различия в отношении здоровья – распространяющиеся в виде социального градиента по всем уровням социальной иерархии – являются серьезным проявлением социальной несправедливости и оказывают одно из мощнейших влияний на здоровье. Финансовые лишения также оказывают пагубное воздействие и ведут к социальной маргинализации и остракизму и характеризуются повышением уровней и степени насилия, преступности. Весьма значительными являются в Регионе различия в отношении здоровья, имеющиеся между женщинами и мужчинами. 16 Солидарность и равноправие в вопросах охраны здоровья Уровни образования характеризуются степенью риска для здоровья, аналогичной градиенту, обусловленному принадлежностью к той или иной социальной категории. Поскольку уровни полученного образования связаны в значительной мере с уровнями испытываемых людьми лишений и тягот, основная стратегия должна заключаться в преодолении финансовых, культурных и иных препятствий, мешающих равенству доступа к образованию. Это касается особенно женщин, но страдают от этого и другие находящиеся в неблагоприятном положении группы. Кроме того, очень важно внедрить специальные программы, чтобы помочь детям бедняков преодолеть свои “изначально” мешающие им препятствия, комплексы и недостатки. Большая справедливость и равноправие способствуют и благоприятствуют здоровью и сопровождаются изменениями и адаптацией во всем обществе, более высокой производительностью и устойчивым ростом и развитием экономики. При одинаковом уровне

национального богатства, те общества, которые прилагают особые усилия, чтобы обеспечить всем своим гражданам реальную возможность играть полезную роль в социально-экономическом и культурном плане, будут более здоровыми, нежели общества, где люди сталкиваются с неопределенностью, социально-классовой маргинализацией и лишениями. Поэтому настоятельно необходимо, чтобы государственная/общественная политика была направлена на искоренение основных причин неравенства и несправедливости и чтобы были разработаны такие стратегии в финансово-бюджетной области, по вопросам образования и социальной политики, которые бы обеспечивали последовательное и неуклонное сокращение проявлений неравенства в отношении здоровья. Все секторы и слои общества должны брать на себя и нести ответственность за уменьшение неравноправия и несправедливости, обусловленных социальными и связанными с половой принадлежностью различиями, а также за облегчение их последствий для здоровья. Находящимся в неблагоприятном положении группам и контингентам населения должен гарантироваться доступ к социальному обеспечению и вспомоществованию путем предоставления “сетей безопасности” и обеспечения надлежащего, приемлемого для них и устойчивого медико-санитарного обслуживания. Связанные с доходом различия в отношении здоровья являются серьезным проявлением социальной несправедливости и отражением одного из самых мощных факторов, влияющих на здоровье

Задача 2. Равноправие в вопросах охраны здоровья Улучшение состояния здоровья населения в Европейском регионе. Укрепление здоровья на протяжении всей жизни Для жизни характерен целый ряд существенных преобразований и изменений: эмоциональные и материальные перемены в раннем детстве, переход из системы начального образования к средне- му, начало трудовой жизни, уход из родительского очага и создание семьи, изменение мест работы и угроза возможного сокращения и потери работы и возможный уход на пенсию. Каждое из этих изменений может повлиять на здоровье, заставляя людей стремиться к более или менее выгодному или связанному с теми или иными преимуществами или привилегиями положению. Раннее инвестирование на цели здоровья и его охраны, как правило, окупается в жизни позднее. Важные для здоровья людей в их взрослой жизни основы закладываются и предопределяются их генетическими характеристиками, унаследованными от родителей, и затем в пренатальном периоде и в раннем детском возрасте. Задержки роста и отсутствие эмоциональной поддержки в этот период может направить развитие ребенка в неблагоприятном в социальном и образовательном отношении направлении, повышающем риск плохого физического и психического здоровья. Это может также привести к снижению физического, интеллектуального и эмоционального функциониро-

вания во взрослой жизни. Консультирование по генетическим вопросам и вопросам, связанным с рационом и режимом питания, не пострадавшая от курения (“свободная от курения”) беременность, надлежащий контроль и наблюдение в предродовой период, а также консультирование помогут в целом предупредить низкую массу тела при рождении и врожденные нарушения и отклонения. Поскольку заблаговременное инвестирование на цели здоровья и его охраны может компенсировать недостатки, обусловленные лишениями и тяготами в начале жизни, и обеспечить те или иные выгоды и преимущества в более поздний период, надлежащая стратегия в этой области должна обеспечивать не только предохранительные механизмы (“сети безопасности”), но и своего рода трамплин, платформу для компенсации или ослабления, смягчения последствий неблагоприятных факторов и обстоятельств, недостатков, имевших место на более ранних стадиях жизни. Важные основы взрослой жизни закладываются уже в пренатальном периоде жизни и в раннем детстве

Задача 3. Здоровое начало жизни Улучшение состояния здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ по всем этим причинам необходимо проводить политику, направленную на создание такой семьи, которая бы оказывала необходимую помощь и поддержку, где дети являются желанными и с хорошим “родительским потенциалом”. Родителям нужны такие средства, умения и навыки, которые бы позволяли им воспитывать детей и заботиться о них в социальной среде, обеспечивающей защиту прав ребенка, а местные общины и т.п. должны поддерживаться всеми, обеспечивая благоприятные для ухода и воспитания условия, а также средства, условия и возможности, способствующие укреплению здоровья детей и оказанию им помощи. Инвестирование с целью обеспечения гарантированной трудовой занятости может благо препятствовать здоровью и тем самым обеспечению долгосрочной производительности Хорошее начало в жизни означает поддержку и помощь родителям и малым детям и программы, помогающие детям и молодежи делать здоровый выбор легким выбором. Поэтому необходим пересмотр всех основных политико-стратегических решений в государственном/общественном секторе, чтобы избежать любых отрицательных последствий для здоровья детей и подростков, их семей и лиц, предоставляющих им медико-санитарную и иную помощь и поддержку. Обеспечение полового воспитания и оказание помощи и поддержки молодежи, а также широкой доступности презервативов и иных противозачаточных средств позволит снизить риск нежеланных беременностей и болезней, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию. Здоровая трудовая жизнь. Как количество, так и качество труда, оказывают большое влияние на многие связанные со здоровьем факторы взрослой жизни, включая

Задача 4. Здоровье молодежи Улучшение состояния здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ 19 уровень доходов и поступлений, системы социального обеспечения, вспомоществования и самоуважения. Инвестирование с целью обеспечения гарантированной трудовой занятости может благоприятствовать здоровью и тем самым обеспечению долгосрочной производительности. Стрессовые трудовые нагрузки и неуверенность в сохранении работы приводят к огромным, хотя и невидимым, издержкам и потерям для промышленности, производства, а также для самих трудящихся. В случае своего включения в анализы экономической эффективности и результативности эти данные позволили бы составить более реалистичную картину происходящего в этой области. Необходимы более энергичные меры и действия для обеспечения более здоровой трудовой среды путем улучшения законодательства, стандартов и нормативов, а также механизмов, обеспечивающих выполнение. Фирмам и компаниям необходимо взять на вооружение концепцию “здоровой компании” с ее тремя составляющими: укрепление здоровья работающего персонала; обеспечение того, чтобы продукция компании как можно больше способствовала и благоприятствовала сохранению и укреплению здоровья; и, наконец, обеспечение социальной ответственности путем поддержки местных программ здравоохранительной деятельности на коммунально-общинном или общенациональном (страновом) уровнях. Сохранение здоровья в пожилом возрасте. Политика в области здравоохранения должна подготавливать людей к сохранению здоровья в пожилом возрасте путем планируемых на систематической основе мер по укреплению и охране здоровья пожилых и престарелых на протяжении всей жизни. Предоставление лицам пожилого возраста социальных, образовательных и профессионально-трудовых возможностей, наряду с обеспечением физической активности, способствует укреплению здоровья лиц старшего возраста, их самоуважения и самостоятельности, а также их активному вкладу в жизнь общества. Особенно важны при этом новаторские по своему характеру программы, направленные на сохранение и поддержание их физической силы, исправление или корректировку зрения, слуха, устранение мешающих подвижности помех и препятствий, прежде чем они приведут лиц старшего возраста к зависимости. Службы здравоохранения и социальные службы на коммунально-общинном уровне должны обеспечивать широкий охват населения и предоставление помощи и поддержки лицам старшего возраста в их повседневной жизни, а удовлетворение их потребностей, пожеланий и чаяний в том, что касается жилья, дохода и иных факторов, повышающих их самостоятельность и социальную продуктивность, должно учитываться во все большей степени.

Задача 5. Сохранение здоровья в пожилом возрасте Улучшение состояния здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ Сокращение частоты и

распространенности болезней и других причин нездоровья или смерти до как можно более низких уровней Сокращение распространенности болезней и травматизма Определение того, куда конкретно следует осуществлять инвестиции на цели здоровья и его охраны, является большой проблемой для всех стран. Табак является причиной более 14% всех смертных случаев и обходится Региону в более чем 100 млрд. долл. США в год для уменьшения этого бремени необходим комплексный подход к вопросам укрепления здоровья, профилактики болезней, клинического лечения и реабилитации. Психическое здоровье. Улучшение психического здоровья – особенно снижение числа самоубийств – требует самого пристального внимания к вопросам укрепления и охраны психического здоровья на протяжении всей жизни, в частности, в находящихся в неблагоприятном социально-экономическом положении группах населения. Хорошо продуманные, спланированные и разработанные программы в отношении жилой и трудовой, производственной среды помогут людям сделать их жизнь осмысленной, устанавливать и поддерживать обеспечивающие поддержку и взаимопомощь социальные связи и отношения и справляться с ситуациями и событиями, приводящими к стрессу. Частота и уровни самоубийств могут быть резко сокращены, если представители медико-санитарных выбираемый при этом подход, он должен основываться на оценке бремени – как для здоровья, так и для экономики – преждевременной смерти и инвалидности. Самой частой причиной смерти практически во всех государствах-членах являются сердечно- сосудистые болезни, после чего идут онкологические заболевания. Важными и вызывающими большую тревогу проблемами остаются во многих странах ранняя детская и материнская смертность. К числу других наиболее серьезных проблем для здоровья относятся проблемы психического здоровья (почти 10% суммарного бремени заболеваний), травмы и насилие (более полумиллиона случаев в год и главная причина смертей среди молодежи), а также забытые было, но вновь появившиеся сейчас болезни, как, например, малярия, туберкулез и сифилис.

Задача 6. Улучшение психического здоровья Улучшение состояния здоровья населения в Европейском регионе будут подготовлены и обучены для обеспечения раннего выявления и диагностики депрессий и если будет предоставлено надлежащее лечение. Во многих странах имеющиеся там психиатрические больницы должны быть заменены хорошо сбалансированной сетью отделений неотложной психиатрической помощи в стационарах общего профиля, а также хорошо налаженной сетью служб и учреждений первичной медико-санитарной помощи. Стресс на работе играет важную роль и является дополнительным фактором, усугубляющим и без того значительные различия между показателями состояния здоровья, отсутствия болезней и преждевременных смертей, обусловленными социальным положением.

Улучшение условий труда позволит улучшить здоровье работающих, что, в свою очередь, повысит производительность труда. Безработица является серьезнейшим фактором риска, подрывающим как психическое, так и физическое здоровье. Поскольку не приносящая удовлетворение или негарантированная работа может причинять такой же ущерб, как и безработица, и одного только наличия работы, рабочего места недостаточно для обеспечения физического или психического здоровья, очень важным фактором является также Распространенность сифилиса в субрегиональных группах стран в Европейском регионе (1990-1996 гг.) Для уменьшения распространенности инфекционных заболеваний необходим комплексный подход, характеризующийся сочетанием укрепления здоровья, профилактики болезней и процесса лечения, как такового. Исключительно важным фактором является улучшение и поддержание базовой гигиены, качества воды и безопасности пищевых продуктов, равно как и устойчивость и эффективность программ вакцинопрофилактики (иммунизации) и надлежащим образом составленных и сориентированных планов и программ лечения.

Задача 7. Сокращение распространенности инфекционных заболеваний 22 Улучшение состояния здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ инфекционными болезнями должна быть направлена на сокращение их распространенности, а затем на полную либо частичную их ликвидацию. За период действия политики “ЗДОРОВЬЕ-21” в Регионе должны быть ликвидированы полиомиелит, корь и столбняк новорожденных (первые две болезни – как часть глобальных усилий, направленных на полную ликвидацию во всемирном масштабе) и должны осуществляться надлежащие меры контроля и борьбы путем иммунизации с врожденной краснухой, дифтерией, гепатитом В, корью, коклюшем и с инвазивными заболеваниями, вызываемыми Haemophilus influenzae. Кроме того, необходимы энергичные и согласованные действия и меры, направленные на усиление программ профилактики и лечения туберкулеза, малярии, ВИЧ/СПИДа, болезней, передаваемых половым путем. Неинфекционные болезни. Сердечно-сосудистые болезни, раковая патология, диабет, хронические респираторные (обструктивные) болезни и астма, взятые в целом, представляют собой самую главную проблему для здравоохранения в Регионе. В значительной мере эта проблема могла бы быть решена, если бы всеми странами была организована – как на страновом, так и на местном коммунально-общинном уровне – комплексная программа для сокращения факторов риска, присущих многим этим болезням. К этим факторам риска относятся, в том числе, курение, неправильное питание, недостаточная физическая активность, потребление алкоголя и стрессы. В Европейском регионе накоплен значительный опыт осуществления таких комплексных программ (например, подход “СИНДИ”, который теперь необхо-

димо применять повсеместно во всех государствах-членах). Кроме того, во многих государствах-членах необходимо улучшить работу служб диагностики, лечения и реабилитации в отношении всех этих болезней, включая службы неотложной помощи. Важной составляющей таких усилий должна быть всемерная поддержка методики самопомощи, включая переподготовку профессиональных работников здравоохранения с учетом связанных с данной концепцией требований. Насилие и несчастные случаи. Для сокращения травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев требуется улучшение работы служб экстренной неотложной помощи во многих странах и более строгий контроль за выполнением хорошо известных мер профилактики, с тем чтобы сократить число несчастных случаев на дорогах, в местах работы, производства и в домашних условиях. Необходимо придать большую приоритетность обеспечению социального единения, сплоченности и основным причинам насилия – включая насилие в домашних условиях – с удалением особого внимания вопросам, связанным с алкоголем.

Тема 14. Здоровье молодежи и здоровье пожилых. Стратегия гармонии и принадлежности

Будущий экономический и интеллектуальный потенциал любой страны в значительной мере определяется количественными и качественными характеристиками здоровья, которыми обладает ее молодежь. Особую значимость здоровье молодежи приобретает в связи с выраженным демографическим спадом, наблюдающимся в нашей республике. Несмотря на принимаемые государством меры по улучшению социально-экономической ситуации сохраняется устойчивая тенденция депопуляции и отрицательного естественного прироста. Низкий суммарный коэффициент рождаемости не позволяет обеспечить простое воспроизводство населения. Массовое распространение малодетности в значительной степени связано с изменением репродуктивных ценностей, трансформацией института семьи. Параллельно со снижением количества населения снижается и его качество. И наиболее актуальным в свете демографической безопасности является репродуктивное здоровье населения. Подростки и молодежь, как наиболее уязвимая когорта, подвержены влиянием всех негативных процессов. Отрицательное влияние на состояние здоровья подростков и молодежи республики оказывает неблагоприятная экологическая обстановка, нерационально организованная учебная и трудовая деятельность, сниженная мотивация к занятиям физкультурой и спортом, неправильное питание, отсутствие навыков безопасного и ответственного поведения. Серьезной проблемой является распространение среди молодежи, и прежде всего среди девушек, таких вредных привычек, как употребление алкоголя, токсических и наркотических веществ, курения. Неблагоприятная

ситуация обусловлена так же и социальными факторами. К наиболее важным из них относятся: изменение моральных устоев общества; распространение добрачных сексуальных отношений, отсутствие системы полового воспитания; неготовность системы здравоохранения к удовлетворению запросов населения в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Низкий уровень информированности подростков и молодежи о вреде курения, употреблении алкоголя, наркомании, отсутствие знаний по вопросам сохранения репродуктивного здоровья приводят к проблемам с деторождением и требуют применения новых репродуктивных технологий. Несмотря на то, что органами управления здравоохранением и подведомственными организациями здравоохранения уделяется особое внимание вопросам охраны здоровья детей и подростков, учащейся молодежи, студентов, проблема оказания квалифицированной по- мощи по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья по-прежнему является актуальной. Создание и функционирование центров здоровья молодежи, открытых при поддержке фонда народонаселения ООН (ЮНФПА), позволило начать широкомасштабный проект по развитию принципиально новых услуг для подростков и молодежи. Основными принципами предоставления данных услуг является безотказность, доступность, доброжелательность, доверительность, конфиденциальность, преемственность, добровольность, одинаковое понимание консультантом и клиентом проблем и ситуаций . Развитие такого рода услуг требует особой подготовки и постоянного повышения квалификации специалистов, работающих в данной сфере. Наиболее важным в подготовке медицинских работников является обучение основам консультирования. Коммуникативные навыки помимо специальных медицинских знаний позволят совместно с молодым человеком изучить проблему, помочь найти выход из сложившейся ситуации и повысить его ответственность за результат. Повышению уровня подготовки послужит новая редакция пособия, подготовленного наиболее квалифицированными специалистами в области репродуктивного и сексуального здоровья с учетом реалий и настоящих потребностей.

Социальная защита пожилых людей – это комплекс экономических, социальных и правовых гарантий для граждан пожилого и старческого возраста, базирующихся на принципах человеколюбия и милосердия по отношению к нуждающимся членам общества со стороны государства. Социальная защита пожилых и старых людей включает в себя все юридические и практические действия в их интересах .

Государственное регулирование социальной защиты пожилых людей в Республике Беларусь осуществляется правовыми методами путем издания новых и совершенствования существующих нормативно-правовых актов в указанной сфере. Закрепляющая права, статус и положение пожилых людей

нормативно-правовая база представлена законодательством как общего характера, так и специального. Основы для развития законодательства, которое закрепляет систему социальных прав пожилых людей, были заложены Конституцией Республики Беларусь 1994г.

В разделе II Конституции Республики Беларусь, в ст. 21 закреплено, что высшей целью государства является обеспечение прав и свобод граждан Республики Беларусь, что каждый человек имеет право на достойный уровень жизни и свободное развитие .

По Конституции пожилым гражданам гарантируются равные со всеми гражданами Республики Беларусь социальные права и свободы. Это является общими нормами, входящими в систему социальных прав пожилых людей.

Статьей 51 Конституции Республики Беларусь гражданам пожилого возраста предоставлено право на участие в культурной жизни, на доступ к культурным ценностям

Статья 60 гарантирует защиту прав и свобод пожилому человеку компетентным, независимым судом в сроки, определенные законом. Пожилым людям статьей 61 Конституции предоставлено право обращаться с целью защиты своих прав и свобод в международные организации в том случае, когда все внутригосударственные средства правовой защиты исчерпаны. В соответствии со статьей 62 Конституции Республики Беларусь всем гражданам доступна юридическая помощь .

Каждые пять лет в нашей стране в целях обеспечения пожилым людям необходимой поддержки, участия в жизни общества, условий для реализации внутреннего потенциала разрабатывается «Республиканская Программа совершенствования социальной работы с одинокими и одиноко проживающими гражданами пожилого возраста и социальной поддержки пожилых людей, ветеранов и лиц, пострадавших от последствия войн. Ее реализация позволяет усилить систему социальной защиты; повысить эффективность использования бюджетных средств за счет усиления адресной направленности и развития нестационарного социального обслуживания; обеспечить эффективное взаимодействие и координацию деятельности республиканских органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов, общественных объединений и благотворительных организаций.

Важную роль для пожилых людей, в том числе в их социальной адаптации после выхода на пенсию играют правовые нормы, регулирующие труд и занятость граждан пожилого возраста, а также пенсионное законодательство.

Трудовое законодательство Республики Беларусь не содержит каких-либо ограничений для лиц пожилого возраста. Не допускается какое бы то ни было прямое или косвенное ограничение прав или установление прямых или

косвенных преимуществ при приеме на работу в зависимости от обстоятельств, не связанных с деловыми качествами работников. Не допускается и увольнение пожилых людей по инициативе администрации. Но в то же время нужно отметить и то, что в настоящее время допускаются определенные ограничения в связи с возрастным цензом.

Наиболее важное значение для пожилых людей имеет Закон Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении», так как с выходом на пенсию тесно связан образ жизни человека старшего поколения в дальнейшем. Действующее пенсионное законодательство очень многогранно и содержит ответы практически на все вопросы, которые касаются пенсионного обеспечения большинства пожилых граждан.

Пенсионное обеспечение пожилых людей производится органами социального обеспечения (ст.9 Закона Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении»). Важным является и тот факт, что размер пенсий определяется индивидуальным коэффициентом, а это позволяет устанавливать размер пенсии дифференцированно в зависимости от трудового вклада (от продолжительности трудового стажа и заработной платы пожилых людей).

Основополагающим документом, регулирующим социальное право пожилого человека, является Закон Республики Беларусь «О социальном обслуживании». Этот Закон устанавливает основные формы социального обслуживания пожилых людей, их права, гарантии реализации этих прав, полномочия государственных органов. Закон в соответствии с Конституцией Республики Беларусь, общепризнанными принципами и нормами международного права устанавливает основы правового регулирования системы социального обслуживания, определяет источники ее финансирования, порядок предоставления и получения социальных услуг.

Закон «О социальном обслуживании» регулирует отношения в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста и устанавливает экономические, социальные и правовые гарантии для этих граждан, исходя из необходимости утверждения принципов человеколюбия и милосердия в обществе.

В соответствии с этим Законом социальное обслуживание включает в себя совокупность социальных услуг (уход, организация питания, содействие в получении медицинской, правовой, социально-психологической и натуральной видов помощи и т.д.), которые предоставляются на дому или в учреждениях социального обслуживания. Государство гарантирует гражданам пожилого возраста возможность получения социальных услуг на основе принципа социальной справедливости, гуманизма, социального равенства и др..

Немаловажное значение в республике Беларусь придается социальному обслуживанию ветеранов. Так, согласно ст. 11 Закона Республики Беларусь «О ветеранах» Социальная защита ветеранов предусматривает осуществление системы мер, направленных на создание условий, обеспечивающих экономическое и моральное благополучие ветеранов, уважение их в обществе, а также на предоставление им соответствующих прав и льгот по:

пенсионному обеспечению, налогообложению, выплате пособий в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

получению, приобретению, строительству и содержанию жилых помещений;

коммунально-бытовым услугам и торговому обслуживанию;

медицинскому обслуживанию, санаторно-курортному лечению, обеспечению лекарственными средствами, протезно-ортопедическими изделиями и изделиями медицинского назначения;

обеспечению транспортными средствами и оплате проезда;

трудоустройству, обучению, переподготовке и условиям труда;

пользованию всеми видами услуг связи, культурно-зрелищных, спортивно-оздоровительных и других организаций;

получению услуг учреждений социального обслуживания, социальной и юридической помощи .

Также указанный закон предусматривает ряд мер социальной защиты инвалидов и участников Великой отечественной войны .

В Беларуси различные виды социально-бытовой и психологической помощи пожилым людям оказываются через Территориальные центры социального обслуживания населения. В республике функционируют 156 таких центров в каждом административном районе страны и 132 социальных пункта. На учете в центрах социального обслуживания состоит более 1,5 млн. граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, среди них - 152 тыс. одиноких пожилых граждан, 590 тыс. пожилых людей, проживающих отдельно от родственников, 48 тыс. одиноких и одиноко проживающих инвалидов первой и второй группы. В последние годы появилось много новых видов услуг – «социальное такси», хозрасчетные бригады, служба сиделок, отделения круглосуточного пребывания и т.д. .

В Министерстве здравоохранения проинформировали, что пожилым людям доступны все виды медицинской помощи. В Беларуси лица пожилого возраста ежегодно проходят медицинский осмотр, а одинокие люди – ежеквартально. На 1 июля 2011 года под наблюдением врачей находились 1 млн. 717 тыс. пожилых граждан .

В настоящее время функционирует 107 больниц сестринского ухода (три года назад их было всего четыре). Поставлена задача организовать работу больниц сестринского ухода в каждом районе страны.

В республике активно развивается гериатрическая служба. В настоящее время работает 7 региональных гериатрических центров (из них 2 – на штатной основе), создается организационно-методический центр на базе Республиканского клинического госпиталя инвалидов Великой Отечественной войны им. Меерова в Боров лянах. В поликлиниках работает 179 гериатрических кабинетов, организована работа «школ третьего возраста» .

Так, в Республике Беларусь реализована Комплексная программа по совершенствованию системы социальной работы с одинокими гражданами пожилого возраста до 2010 года, что стало важным в деле дальнейшего решения разносторонних проблем пожилого населения. В настоящее время в Республике Беларусь реализуется Комплексная программа развития социального обслуживания на 2011-2015 годы. В программе сохраняется преемственность системы мероприятий по социальной поддержке и социальному обслуживанию ветеранов, лиц, пострадавших от последствий войн, пожилых людей и инвалидов, которые реализовывались в 2005-2010 годах в рамках выполнения различных госпрограмм. Реализация положений программы позволит создать условия для устойчивого повышения уровня и качества жизни ветеранов, лиц, пострадавших от последствий войн, пожилых людей и инвалидов, а также повысить эффективность и доступность социальной защиты, базирующейся на государственных социальных гарантиях и стандартах.

Комплексная программа включает три подпрограммы: социальная поддержка ветеранов, лиц, пострадавших от последствий войн, пожилых людей и инвалидов; предупреждение инвалидности и реабилитация инвалидов; развитие стационарных учреждений социального обслуживания.

Комплексная программа развития социального обслуживания на 2011-2015гг. которая предусматривает:

совершенствование имеющихся и формирование новых структур и механизмов, предназначенных для жизнеобеспечения, поддержания здоровья, социального обслуживания, социализации и социальной коммуникации пожилых людей;

обеспечение доступности медицинской и специальной гериатрической помощи для пожилых людей;

обеспечение дополнительных мер по социальной поддержке пожилых людей

дальнейшее развитие форм социального обслуживания и видов социальных услуг, предоставляемых территориальными центрами социального

обслуживания населения в интересах пожилых людей, укрепление их материально-технической базы;

обеспечение защиты прав и интересов, безопасных условий жизни пожилых людей.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что действующее в Республике Беларусь законодательство предусматривает защиту общегражданских и специальных прав и интересов граждан пожилого возраста. Законодательная база постоянно развивается за счет внесения изменений и дополнений в действующие нормативные правовые акты и принятия новых актов законодательства, регулирующего правоотношения, затрагивающие интересы пожилых людей.

Социальная защита пожилых нацелена на оказание материальной помощи в экстремальных условиях переходного периода к рыночной экономике, содействие адаптации этих слоев населения к новым условиям. К сожалению, в настоящее время социальная стратегия государства направлена не на абсолютное увеличение расходов на социальные программы, а преимущественно на перераспределение имеющихся средств в целях оказания социальной помощи пенсионерам, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Выводы по первой главе: теоретический анализ изучаемой проблемы показал, что социально-психологические особенности пожилого человека обусловлены изменением образа жизни, распорядка дня, целей и задач, круга общения. Изменение социального статуса вызвано, прежде всего, прекращением или ограничением его трудовой деятельности. Разрыв с трудовой деятельностью отрицательно сказывается в некоторых случаях и на состоянии здоровья, жизненном тонусе, психике одиноких пожилых людей. В последнее время наблюдается рост числа одиноких пожилых людей, тяжело больных, нуждающихся в длительном медикаментозном лечении, опеке и уходе. Одной из причин одиночества и изоляции пожилых людей является «вынужденное затворничество» из-за их физической немощи. Одиночеству присущи тяжелые переживания, связанные с утратой существенных жизненных ценностей или близких людей, а также постоянное ощущение покинутости, бесполезности и ненужности собственного существования. Одинокие пожилые люди – это наиболее социально незащищенная категория населения, которая нуждается в особом внимании со стороны государства.

Анализ литературных источников показал, что важнейшими составляющими качества жизни пожилых людей являются уровень дохода и состояние здоровья. К показателям качества жизни пожилых людей относятся: объективные (общее состояние здоровья, функциональный статус, социально-экономический статус) и субъективные (степень удовлетворенности жизнью, самоуважение). При оценке качества жизни исследуемой категории граждан,

необходимо учитывать их собственное отношение к своему благополучию и удовлетворенность жизнью.

Тема 15. Психическое и соматическое здоровье населения.

Когда психика человека начинает давать сбои? Каковы причины психических расстройств?

Современный ритм жизни таков, что именно психическое здоровье наиболее и первично подвержено негативному влиянию. Огромное количество стрессов, причем везде: на работе, дома, большой поток различной информации, которая сыплется на человека со всех сторон и несет зачастую негативный характер, экология, неправильное питание и прочее. Про стрессы сегодня говорят практически все, и большинство людей склонны считать их причиной своих проблем, в том числе и проблем со здоровьем. А вот что означает это понятие, мало кто задумывается.

Каким же образом стресс влияет на нас?

Наш организм устроен так, что ему необходимо равновесие, и это очень мудро. Однако люди своим поведением, отношением к себе и друг другу часто нарушают это равновесие, и организму приходится постоянно работать «на грани», стремясь поддерживать нормальное течение всех физиологических и психических процессов, то есть практически не отдыхать. Воздействие стресса на организм может быть и очень вредным. Почему? Дело в том, что эта реакция организма очень древняя: ещё в каменном веке наши предки, охотясь на диких зверей, побеждали и спасали свои жизни именно благодаря воздействию стресса. В экстремальной ситуации в кровь выбрасываются гормоны, обеспечивающие поступление энергии туда, куда нужно – поэтому древние люди успевали либо убить животное, либо убежать от него, спасая свою жизнь. В наше время, хотя мы и не охотимся на опасных зверей с риском для жизни, физиологическая реакция осталась прежней. Как только в кровь выбрасываются гормоны стресса, организм приходит в боевую готовность. Стресс задуман природой для того, чтобы позволить нам совершить активные действия в очень короткий период времени, не более того. Но, в отличие от наших предков, мы не позволяем себе отдыхать и расслабляться даже когда это жизненно важно, поэтому организм находится в состоянии боевой готовности постоянно. Представьте себе, что ваш организм всё время работает так, как описано выше. Долго ли он «протянет»? Организм старается восстановить равновесие любыми путями – ему надо приспособиться к стрессу, если он затягивается. Повышается давление, снижается количество глюкозы в крови – всё это произвольно, в поисках оптимальных вариантов. Но мы не даём своему организму найти эти варианты, постоянно добавляем ему проблем. Например, начинаем бесконтрольно принимать хи-

мические лекарства, пытаясь с их помощью «гасить» стресс. А получается ещё хуже… Находясь в состоянии затяжного стресса, мы ослабляем свой иммунитет. Иммунная система, постоянно находясь в состоянии боевой готовности, не может уделить внимание борьбе с инфекциями, простудами или развивающейся онкологией. А привычка «заедать» стресс разными «вкусностями», продающимися в готовом виде в магазинах, добавляет проблем перегруженному организму, истощая последние запасы энергии. При этом нарушается нормальный аппетит, масса тела снижается или, наоборот, повышается. Человек ощущает постоянную усталость, настроение часто меняется – возникает беспричинное волнение или подавленность. Если не остановить этот разрушительный процесс, то наша жизнь будет ухудшаться, пока не превратится в кошмар.

Какие же расстройства психического здоровья встречаются чаще всего?

Ошибочно думать, что психические расстройства – это только шизофрения и другие психозы. Львиная доля психических расстройств – это невротические и тревожные расстройства, патология характера, аффективные и психосоматические нарушения. Кстати, в последнее время число неврозов и депрессивных расстройств возрастает. Каждый из нас сталкивается с негативными периодами стресса и горя, но симптомы психического расстройства наблюдаются гораздо дольше и часто не связаны с реакцией на ежедневные события. Когда эти симптомы набирают силу, достаточную для того, чтобы мешать нормальному функционированию человека, их можно рассматривать в качестве психического или психологического заболевания. К примеру, человек с клинической депрессией постоянно будет чувствовать сильную грусть, плохое настроение, тоску, причем совершенно безосновательно. Такие симптомы обычно развиваются в течение нескольких недель или месяцев, иногда это может происходить и гораздо быстрее. Проблемы психического здоровья определяются и классифицируются для того, чтобы помочь экспертам назначать правильный уход и лечение пациентам. Невротические расстройства – крайние формы «нормальных» эмоциональных переживаний, таких как депрессия, тревога или обсессивно-компульсивное расстройство (развитие навязчивых мыслей, воспоминаний, движений и действий, а также разнообразные патологические страхи). Примерно каждый десятый человек сталкивается с подобными расстройствами в тот или иной момент времени. Психотические симптомы встречаются гораздо реже – у одного человека из 100. Они искажают восприятие реальности, влияя на мысли и суждения. К счастью, большинство людей с невротическими расстройствами при пра-

вильном подходе выздоравливают или учатся жить с проблемой, особенно если диагноз поставлен на ранних стадиях.

Как не допустить развития неврозов и сохранить психическое здоровье? Как бороться со стрессом?

Повлиять на большинство внешних факторов, вызывающих стресс, сложно, то помочь своему организму может каждый – было бы желание. Ведь организму, находимся мы под действием стресса или нет, нужно работать – у него нет выходных дней, и отпуск он взять не может. Предупреждение стрессов является лучшим средством борьбы с ними. И хотя мы не в состоянии полностью избавиться от стрессов, правильно бороться с ними можно научиться. Исследования показали, что наиболее эффективными для выработки в организме устойчивости к стрессам являются упражнения, связанные с тренировкой дыхания – бег, ходьба. Также научитесь расслабляться физически. Со временем вы заметите, что при этом расслабляетесь и психологически. Находите время для отдыха. Это могут быть и спортивные игры, и занятия с детьми, и просто гуляние по парку. Главное, чтобы вы при этом хоть немного отвлеклись от повседневных забот и отдохнули. Помогает бороться со стрессом и снижение потребления стимуляторов, которые содержатся в кофе, алкоголе, сигаретах. Причина в том, что организм на любой стимулятор реагирует, как на встряску. Если у вас есть вредные привычки, начните борьбу с ними. Следите за своим рационом питания. Старайтесь придерживаться одного и того же времени приема пищи. Здоровая пища поможет лучше чувствовать себя физически. Если вас постоянно беспокоят стрессы, замучила бессонница, тревожные ощущения, не стесняйтесь обратиться за помощью к психологу, психиатру или психотерапевту. Не замыкайтесь в себе: если проблема обговорена, она не будет постоянно вас преследовать. Научитесь отвлекаться от негативных мыслей. Кроме того, следует научиться управлять своим временем. У каждого бывают моменты, когда наваливается очень много работы, и неизбежны перегрузки. Правильное планирование рабочего и личного времени поможет вам избежать ненужных эмоциональных и физических перегрузок. Есть и другие способы защитить себя от стресса и справиться с его последствиями. Например, следует всегда ставить перед собой чёткие и ясные цели. Не нужно переживать по поводу глобальных проблем, решение которых вам не под силу. Массаж, акупунктура, визуализация, гимнастика и медитация, дыхательные упражнения и водные процедуры – всё это тоже помогает. Когда в жизни случаются неприятные моменты, не обвиняйте никого, особенно себя. Лучше подумайте, почему это с вами произошло, чему вы можете научиться благодаря этой ситуации? Если не допускать негативной реакции, стрессов будет становиться всё меньше. Кстати, утверждение, что смех является лучшим лекарством, абсо-

лютно верно. Разумеется, когда вы расстроены, смеяться совсем не хочется, но попробовать стоит. Попробуйте включить весёлую музыку или посмотреть смешной фильм.

психосоциальную профилактику суицидов можно разделить на две составные части, одной из которых является психосоциальная диагностика и психосоциальная терапия, другая, собственно профилактика, выступает как самостоятельный вид деятельности. Отсюда можно дать следующее определение психосоциальной профилактики – это сознательная, целенаправленная социально организованная деятельность по предотвращению возможных социальных и психологических проблем и достижению желаемого результата.

Ю.А. Клейберг выделяет основные задачи профилактики в психосоциальной работе с лицами суицидального поведения:

-выявление причин и условий, способствующих возникновению проблемы;

-уменьшение вероятности или предупреждения возникновения недопустимых или нежелательных уклонений от системы социальных стандартов и норм, в том числе и социального поведения, лиц находящихся в трудной жизненной ситуации;

-предупреждение возникновения психологических и социальных затруднений у человека;

-помощь в сохранении, поддержании и защите оптимального уровня и образа жизни объекта психосоциальной профилактики;

-содействие субъекту в достижении поставленных целей, в поиске возможных альтернативных целей с помощью раскрытия его возможностей и способностей.

В психосоциальной профилактике в той или иной мере нуждаются все социальные категории людей и все общество. Основными объектами психосоциальной профилактики суицидов являются лица, находящиеся в трудной жизненной ситуации, неспособные самостоятельно найти выход из создавшегося положения, требующие квалифицированной помощи со стороны. Исходя из этого определения, А.Б.Орлов классифицирует объект психосоциальной профилактики суицидов по следующим категориям[3]:

- группы социального риска и девиантного поведения;

- некоторые возрастно-половые группы (подростки, пожилые люди, женщины, мужчины);

- лица, социально неустроенные (мигранты, безработные);

- лица, с физическими и психическими нарушениями;

- лица, находящиеся в зависимости от государства (заключенные, люди, находящиеся в интернатах).

Выявленный объект вытекает из целей психосоциальной профилактики и служит основой для формирования ее принципов.

Психосоциальная профилактика изучат природу и генезис суицидального поведения с позиции междисциплинарного системного подхода, включая личностные, социальные, а также социально-психологические, психолого-педагогические и психологические факторы, обуславливающие социопатогенез. Цель психосоциальной профилактики суицидов является обеспечение предупреждения, диагностики и коррекции суицидального поведения, которое может носить разные формы агрессивного, корыстного и социально-пассивного саморазрушающего характера. Цель занимает первоочередное значение в содержании психосоциальной профилактики в области суицидального поведения.

Предметом психосоциальной профилактики являются психологические аспекты превентивной практики, осуществляемой учреждениями и социальными службами различных ведомств (народного образования, социальной защиты, здравоохранения, и т.д.) по предупреждению суицидального поведения и оказанию социально-психологической, медико-психологической и психолого-педагогической помощи группам риска. Психосоциальная профилактика суицидов включает следующие основные разделы.

Во-первых, системный анализ генезиса суицидального поведения, показывающий сложную взаимосвязь биологических и социальных факторов на разных этапах психосоциального развития и социализации индивида и выявляющий разнообразные неблагоприятные характеристики среды, воспитания, природных особенностей, которые затрудняют социальную адаптацию и детерминируют отклонения в психосоциальном развитии индивида.

Во-вторых, типология и психологическая характеристика лиц суицидального поведения, психосоциальной и социальной дезадаптации, проблемы диагностики и коррекции различных видов дезадаптации.

Типология функционально неблагополучных, не справляющихся с задачами воспитания семей, факторов риска семейного воспитания и проблем психологической поддержки и помощи функционально несостоятельным семьям для отдельных случаев работы с суицидами.

Неформальные подростковые асоциальные объединения и группы, их социально-психологические характеристики, групповая динамика, лидерство, субкультура, их влияние на процесс десоциализации несовершеннолетних и пути нейтрализации этого влияния при подростковом суицидальном поведении.

В-третьих, проблемы психологического обеспечения воспитательно-профилактической и охранно-защитной (надзор) деятельности различных государственных учреждений, осуществляющих превентивную практику, со-

циальную, социально-психологическую и медико-психологическую поддержку группе риска, психологические критерии дифференциации функций различных социальных институтов, работающих в сфере образования, социальной защиты, здравоохранения и правоохранительных органов.

В-четвертых, проблема обеспечения широкого круга профессионально работающих в сфере превентивной практики специалистов (социальных работников, учителей, воспитателей, психологов) адекватными их компетенции диагностико-коррекционным инструментарием и психологическими знаниями.

Данные направления вытекают из принципов психопрофилактической деятельности и служат основой для формирования ее методов.

Профилактика суицидов в психосоциальной работе осуществляется психологическими методами, вытекающими из ее направлений. Их можно представить в следующей классификации.[5]

Выслушивание – это самый первый и самый главный метод. На просьбу объяснить причину ориентации на суицидальное решение проблем человек эмоционально выплескивает все свои негативные эмоции (например, проблемы в личной жизни, неудачи в делах, конфликт с начальством, плохое самочувствие). Он выговаривается, ему становится легче, и мысль о самоубийстве отступает на второй план. Цель выслушивания состоит в том, чтобы человек, во-первых, высказался и тем самым облегчил восприятие возникшей у него проблемы и улучшил свое состояние; во-вторых, сам нашел альтернативное решение своих проблем.

Метод банализации или снятие синдрома исключительности. Человек обычно склонен думать, что его проблемы – это нечто совершенно исключительное. Если просто указать ему, что у многих людей такие же проблемы и у многих возникают такие же мысли, однако они не думают реализовывать их в действительности, то человек успокаивается.

Эстетический метод. Очень действенный, хотя и довольно примитивный способ воздействия на красивых ухоженных женщин, следящих за своим внешним видом. Нужно рассказать им, как они будут выглядеть в случае совершения того или иного варианта самоубийстве.

Напоминание о детях и родителях. Покончить с собой в принципе может каждый. Но нужно помнить и о своих детях. Как они смогут после этого адаптироваться в социуме. Такую нагрузку на психику, особенно детскую, выдержать очень трудно. Напоминание о родителях будет оказывать влияние на продуктивное функционирование личности-родителей в социуме.

Обесценивание ситуации в масштабах жизни. Предложите посмотреть на происходящее из будущего. Человек, возможно, и сам увидит незначимость своих проблем в настоящем времени.

Метод взвешивания, когда специалист признает, что клиент постоянно сталкивается с трудностями, но при этом предлагает ему сравнить все негативное, что с ним произошло и происходит, с позитивным опытом из прошлого: окончил институт, защитил диссертацию, добился успехов в совей профессии, семья, дети и пр.

В методе контрастирования можно сравнить положение клиента с тем, что происходит у других людей. У многих все гораздо хуже, однако, никто из них не собирается кончать жизнь самоубийством.[6]

Провокативный метод заключается в том, чтобы постараться заставить клиента оправдываться, что он не такой, как о нем думают. Состоит из следующих элементов:

- позитивное будущее. Специалист должен подчеркнуть, что переживаемые сейчас трудности – явление временное;

- структурирование – разработка программы реализации решения возникшей проблемы, побуждая тем самым клиента к действию;

- помощь другим. Человек в стрессовой ситуации нередко ведет себя как эгоист, поэтому необходимо переключить его внимание на заботу о других, такая забота позволят разрешить собственные проблемы, особенно, если они связаны с отсутствием смысла жизни;

- расширение круга интересов. Человека в таком состоянии нельзя оставлять наедине со своими мыслями и чувствами. Важно наладить полноценное общение с близкими, чтобы он чувствовал поддержку с их стороны. Иногда помогает просмотр фильмов или чтение книг, так как человек невольно проецирует происходящее в фильме или книге на себя. Необходимо знать, что после работы клиент он может испытывать чувство неловкости, стыда перед специалистом за свою слабость, беспомощность. Возможно, в дальнейшем он будет избегать контактов со специалистом;

- использование имеющегося опыта решения проблем клиентом, уверенность в потенциале. Нужно постараться убедить клиента в том, что он самостоятельно может решать возникшие проблемы рациональным путем.

В профилактике суицида огромную роль играет использование психологических методов, позволяющих преодолеть эмоционально кризисные состояния у самих суицидентов и научить их оказывать психологическую поддержку людям с суицидальными намерениями, а также своему ближайшему окружению.

Успех профилактических мероприятий во многом определяется тем, на каких принципиальных основаниях строится эта деятельность. Основными методологическими принципами психосоциальной профилактики являются следующие:

- принцип системного междисциплинарного подхода в рассмотрении природы и генезиса суицидального поведения, который обусловлен тем, что суицидальное поведение детерминировано сложной иерархической взаимозависимостью разнообразных факторов как биологического, так и социально-психологического характера, выступающий в разных соотношениях на разных возрастных этапах социализации.

- принцип толерантности предполагает позицию принятия и терпимости по отношению к субъекту с суицидальным поведением, как к личности, испытывающей проблемы и нуждающейся в психологической помощи и поддержке.

- принцип практикоориентированности предполагает необходимость использования психосоциальной профилактики в практической работе психологов, социальных работников, учителей, представителей управленческих структур и правоохранительных органов и выступает как основной критерий истинности и эффективности научных разработок психосоциальной профилактики.

- технологичность, как принцип, требует доведения научных разработок и результатов исследований до уровня конкретных психосоциальных, диагностических и коррекционно-реабилитационных технологий, которые могли бы применяться в работе с различными типами группы риска в различных социальных учреждениях (реабилитационные центры, психологические консультации). [7]

Структуру психопрофилактической деятельности можно представить на первичном, вторичном и третичной уровнях.

Первичная профилактика направлена на формирование адекватного стиля поведения в трудных жизненных ситуациях. Существенную роль в достижении целей этого этапа играет современная школа.

Первичная профилактика разрабатывается с учетом необходимости влияния на три основные сферы самореализации личности – семью, образовательное учреждение и место проведения досуга (включающего микросоциальное окружение).

Стратегия первичной профилактики предусматривает активность профилактических мероприятий, направленных на:

-формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие психологически устойчивого стиля поведения;

-формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию успешного и ответственного поведения, а также ресурсов семьи, обеспечивающих поддержку суициденту, сдерживающих его разрыв с семьей и помогающих ему на стадии социально-психологической адаптации после попытки самоубийства;

-внедрение в образовательной среде инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие адекватной модели поведения при разрешении трудной жизненной ситуации, а также технологий раннего обнаружения случаев наличия суицидального поведения у учащихся;

-развитие социально-профилактической инфраструктуры, включающей семью в микросоциальное окружение суицидента.[8]

Именно поэтому в качестве стратегического приоритета первичной профилактики следует рассматривать создание системы позитивной профилактики, которая ориентируется не на патологию, а на причины суицидального поведения и его последствия, на защищающий от возникновения проблем потенциал здоровья, освоение и раскрытие ресурсов психики и личности, поддержку человека и помощь ему в самореализации собственного жизненного предназначения. Очевидная цель позитивно направляющей первичной профилактики состоит в воспитании психически здорового, личностно развитого человека, способного самостоятельно справляться с собственными психологическими затруднениями и жизненными проблемами.

Вторичная профилактика направлена на тех, кто уже находится в состоянии суицидального поведения. Цель профилактики – максимально сократить продолжительность воздействия стрессогеной ситуации на человека, ограничить степень вреда, наносимого как суициденту, так и окружающему микросоциуму – друзьям, одноклассникам, семье, то есть предотвратить самоубийство. Результативность этого этапа может быть определена по восстановлению личностного и социального статуса суицидента.

Важнейшими составными частями вторичной профилактики являются создание системы раннего выявления суицидального поведения, обеспечение доступности комплексного обследования и оказание квалифицированной психологической, медицинской, педагогической и социальной помощи.[9]

Педагоги, школьные психологи, социальные работники вместе с родителями таких суицидентов должны стремиться к созданию атмосферы непримиримости к рецидиву, оптимизировать их здоровые личностные и социальные устремления. Очень важно обеспечить длительное пребывание таких индивидов в нормативных микросредах (учебный класс в общеобразовательной школе, учреждения дополнительного образования и т.д.).

В случаях, когда совершается попытка самоубийства, суицидент нуждается в специальном комплексном обследовании, лечении и реабилитации. Прежде всего, необходимо выяснить, какие биологические, психологические, характерологические и микросредовые особенности способствовали суициду, имеется ли соматическая патология, какие индивидуально-личностные особенности суицидента и каков предполагаемый реабилитационный потенциал.

Третичная профилактика направлена на предотвращение срывов и рецидивов самоубийств. Собственно, это и есть реабилитация, которая, по мнению экспертов ВОЗ, представляет собой комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления лица, совершившего суицид к деятельности на максимально возможном уровне.

Задачи вторичной и третичной профилактики могут быть решены в специализированных государственных центрах реабилитации.

Работа с родителями в процессе профилактики суицидов предполагает реализацию воспитательных (осознание взрослыми членами семьи важности и необходимости специальной работы с детьми по предупреждению суицидального поведения) и образовательных (освоение основных приемов организации семейной профилактики) задач.[10]

Таким образом, психосоциальная профилактика раскрывается как сознательная целенаправленная социально организованная деятельность по предотвращению возможных социальных и психологических проблем и достижению желаемого результата в психосоциальной работе при работе с суицидентами. Объект данной деятельности классифицируется по различным категориям, что позволяет дифференцировать работу с ними выбирать адекватные методы и направления психосоциальной работы. Структура психопрофилактической деятельности позволяет адекватно выстроить данную работу на различных уровнях.

Профилактика суицидов опирается на основные направления психосоциальной работы, используя некоторые ее методы и технологии, включая их в комплекс своей деятельности с лицами суицидального поведения. Проблема психосоциальной профилактики суицидов состоит в постоянном совершенствовании и адаптации методов работы с ними. Особой трудностью профилактики в психосоциальной работе является поддержка равновесия между внутренней психической жизнью человека и межсистемными отношениями, влияющими на его жизнедеятельность. При психосоциальном подходе оптимистически рассматриваются возможности человека, высоко оценивается потенциал личности, а также условия и ресурсы помощи. Суть помощи состоит в эффективном участии в решении психологических, межличностных и социальных проблем суицидента.

Тема 16. Социальное просвещение населения как стратегия общественной медико-социальной защиты населения

Социальные детерминанты здоровья – это условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая системы здравоохранения. Эти обстоятельства формируются под воздействием распределе-

ния денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровне, на которые, в свою очередь, оказывает воздействие проводимая политика. Социальные детерминанты здоровья являются основной причиной несправедливости в отношении здоровья – несправедливых и предотвратимых различий в состоянии здоровья, наблюдаемых внутри стран и между ними.

Принимая во внимание растущую обеспокоенность по поводу такой стойкой и растущей несправедливости, ВОЗ создала в 2005 г. Комиссию по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) для предоставления информации о способах уменьшения масштабов этой проблемы. В августе 2008 г. был выпущен заключительный доклад Комиссии, содержащий три общие рекомендации:

По меньшей мере, 200 миллионов детей во всем мире не реализуют полностью свой потенциал. Это имеет огромные последствия для их здоровья и общества в целом. Инвестирование в ранние годы жизни обеспечивает значительную часть потенциала для уменьшения несправедливости в отношении здоровья. Комиссия призывает:

- создать межучрежденческий механизм обеспечения согласованной политики для раннего развития детей;
- создать всеобъемлющий пакет качественных программ для всех детей, матерей и лиц, осуществляющих уход; и
- обеспечить качественное обязательное начальное и среднее образование для всех детей.

Место, где мы живем, оказывает воздействие на наше здоровье и возможности вести преуспевающую жизнь. В 2007 г. впервые в истории было отмечено, что большинство людей живет в городских условиях. Почти один миллиард людей живет в трущобах. Условия повседневной жизни людей оказывают сильное воздействие на справедливость в отношении здоровья. Доступ к качественному жилью, чистой воде и санитарии является правом человека. Комиссия призывает:

- обеспечить большее количество доступного по стоимости жилья с помощью инвестирования в модернизацию городских трущоб, в том числе, в приоритетные задачи входит водоснабжение, улучшение санитарных условий и проведение электричества;
- создание справедливых возможностей для здорового и безопасного образа жизни, включая стимулирование физической активности и правильного питания, а также уменьшение масштабов насилия и преступности с помощью надлежащего планирования окружающей среды и нормативного регулирования, в том числе установление контроля за местами продажи алкоголя;

- устойчивое инвестирование в сельское развитие; и
- проведение экономической и социальной политики, направленной на решение проблем изменения климата и других аспектов деградации окружающей среды с учетом вопросов справедливости в отношении здоровья.

Условия найма и работы имеют значительное воздействие на справедливость в отношении здоровья. Если эти условия благоприятны, они могут обеспечить устойчивое финансовое положение, социальный статус, личностное развитие, социальные отношения и чувство собственного достоинства, а также защиту от физических и психосоциальных болезней. Комиссия призывает:

- сделать так, чтобы полная занятость, справедливые условия найма и достойная работа стали главной целью при формировании социальной и экономической политики на национальном и международном уровне;
- провести экономическую и социальную политику, направленную на обеспечение гарантированной работы для мужчин и женщин с таким размером заработной платы, которая учитывает реальную текущую стоимость здоровой жизни;
- обеспечить защиту всех работников на основе международных ключевых трудовых стандартов и политики; и
- улучшить условия работы для всех работников.

Все люди нуждаются в социальной защите в течение всей своей жизни – в раннем детстве, в трудовые годы и в старости. Людям также нужна защита в особых ситуациях, таких как болезнь, инвалидность и потеря дохода или работы. Четыре пятых населения мира лишены поддержки со стороны базового социального обеспечения. Распространение социальной защиты на все население каждой отдельной страны и в глобальном масштабе явится серьезным шагом на пути обеспечения справедливости в отношении здоровья в течение жизни одного поколения. Комиссия призывает:

- создать и укрепить политику всеобщей всесторонней социальной защиты;
- обеспечить охват системами социальной защиты тех, кто имеет ненадежную работу, включая неформальный труд и работу по дому и уходу за людьми.

Для достижения хорошего здоровья и справедливости в отношении здоровья крайне важно обеспечить доступ к медицинской помощи. При отсутствии медицинской помощи многие возможности для фундаментального улучшения здоровья упускаются. Свыше 100 миллионов человек ежегодно ввергаются в нищету в результате катастрофических семейных расходов на здоровье. Комиссия призывает:

- создать систему оказания медицинской помощи на основе принципов справедливости, профилактики болезней и укрепления здоровья с охватом всего населения, ориентированных на первичную медико-санитарную помощь вне зависимости от платежеспособности.

Причинами отсутствия справедливости в условиях повседневной жизни являются более глубокие социальные структуры и процессы. Несправедливость является систематической и порождается общественными нормами, политикой и практикой, которые допускают или практически поощряют несправедливое распределение и доступ к власти, богатству и другим необходимым общественным ресурсам. Комиссия призывает:

- сделать справедливость в отношении здоровья показателем эффективности работы правительств;
- создать национальный потенциал для прогрессивного налогообложения;
- выполнить имеющиеся обязательства путем увеличения глобальной помощи до 0,7% ВВП;
- оценить воздействие основных глобальных, региональных и двусторонних экономических соглашений на справедливость в отношении здоровья;
- усилить лидерство государственного сектора в обеспечении основных товаров/услуг, связанных со здоровьем, и установлении контроля над товарами, наносящими вред здоровью;
- укрепить гендерную справедливость путем обеспечения соблюдения законов;
- создать и финансировать подразделения по вопросам гендерной справедливости;
- включить в национальные счета экономический вклад домашней работы, работы по уходу и добровольной работы;
- предоставить полномочия всем группам в обществе посредством справедливого участия в процессах принятия решений;
- предоставить возможности гражданскому обществу действовать таким образом, чтобы укреплять и реализовать политические и социальные права, влияющие на справедливость в отношении здоровья;
- призвать ООН к тому, чтобы принять достижение справедливости в отношении здоровья в качестве одной из главных целей глобального развития и использовать систему социальных детерминант здоровья для мониторинга прогресса.

Воздействие на социальные детерминанты здоровья будет более эффективным, если будут созданы базисные системы данных, включая записи актов гражданского состояния и регулярный мониторинг несправедливости в

отношении здоровья и социальных детерминант здоровья. Эти данные помогут разрабатывать более эффективную политику, системы и программы. Крайне важное значение имеют обучение и подготовка соответствующих специалистов.

Несмотря на то, что Комиссия отводит центральную роль в осуществлении действий правительствам и государственному сектору, она также признает необходимость поддержки и действий со стороны всех участников – глобальных институтов и учреждений, самих органов управления (национальных и местных), гражданского общества, научных и учебных сообществ, а также частного сектора.

Комиссия призывает к согласованности между секторами в разработке политики и практических действиях для улучшения справедливости в отношении здоровья. Комиссия призывает многосторонние специализированные и финансовые учреждения:

- принять справедливость в отношении здоровья в качестве одной из основных общих целей и использовать общую глобальную систему показателей для мониторинга прогресса в области развития;
- обеспечить связь между увеличением помощи и облегчением бремени задолженности и разработкой политики и действиями в отношении социальных детерминант здоровья со стороны правительств, получающих помощь;
- поддержать справедливое участие государств-членов и других участников в глобальных форумах по разработке политики.

ВОЗ является полномочным лидером в глобальном здравоохранении. Настало время укрепить лидирующую роль ВОЗ в области воздействия на социальные детерминанты здоровья и улучшения справедливости в отношении здоровья во всем мире. Комиссия призывает ВОЗ:

- принять руководящую роль в поддержку создания потенциала для воздействия на социальные детерминанты здоровья и обеспечения согласованности политики между всеми партнерскими учреждениями в рамках многосторонней системы;
- поддержать ориентацию на справедливость в отношении здоровья и мониторинга прогресса в достижении справедливости в отношении здоровья между странами и внутри стран в качестве одной из основных целей развития с помощью глобальной системы надзора за справедливостью в отношении здоровья;
- создать внутренний потенциал для воздействия на социальные детерминанты здоровья во всей ВОЗ.

Основополагающее воздействие на социальные детерминанты здоровья и справедливость в отношении здоровья обеспечивает полномочный госу-

дарственный сектор, основанный на принципах справедливости, участия и сотрудничества. Действия включают: проведение согласованной политики на всех уровнях управления, укрепление действий для обеспечения справедливости и финансирование; и измерение, оценка и подготовка кадров.

Гражданское общество может играть важную роль в воздействии на социальные детерминанты развития. Действия включают: участие в политике, планирование и программы; и оценка и мониторинг эффективности деятельности.

Частный сектор оказывает глубокое воздействие на здоровье и благополучие. Действия включают: усиление подотчетности и инвестирование в исследования.

Знание того, какой является ситуация в отношении здоровья, что можно сделать в отношении этой ситуации и что эффективно работает для изменения несправедливости в отношении здоровья, находится в центре внимания Комиссии. Действия включают: получение и распространение фактических данных о социальных детерминантах здоровья.

Тема 17. Курение табака – механизм влияния медико-социального последствия, стратегии снижения зависимости

Курение – социальная проблема общества, как для курящей, так и для некурящей его части. Для первой – проблема бросить курить, для второй – избежать влияния курящего общества и не «заразиться» их привычкой, тем самым сохранить свое здоровье.

Пагубная привычка убивает каждого десятого человека в мире, и при сохранении нынешней структуры потребления табака около 500 миллионов живущих в настоящее время людей могут в конечном итоге погибнуть. Более половины этого числа – подростки и дети.

По данным Всемирной организации здравоохранения каждый год в мире от курения умирает 5,4 миллиона человек. К 2030 году эта цифра превысит 8 миллионов смертей, причем более 80% ассоциированных с табаком смертей произойдут в развивающихся странах. В XX веке табачная эпидемия убила 100 миллионов человек, а в течение XXI века она убьет 1 биллион человек.

Систематическое поглощение небольших доз никотина вызывает привычку, пристрастие к курению. Каждая выкуренная сигарета сокращает жизнь человека на 14 минут.

Специалистами подсчитано, что 1 – 2 пачки сигарет содержат смертельную дозу никотина. Курильщика спасает только то, что эта доза вводится в организм постепенно и часть никотина нейтрализует формальдегид – другой яд, содержащийся в табаке.

В состав табачного дыма входит около 3000 химических веществ, способных повреждать живые ткани. Особо следует отметить: табачный деготь, который образуют смолы и родственные им соединения; никотин; высокотоксичные соединения и газы: окись углерода, аммиак, синильная кислота; окиси азота и другие.

Курение сокращает ожидаемую продолжительность жизни на 5-7 лет по сравнению с некурящими людьми, меняет цвет лица, способствует преждевременному появлению морщин. У курильщика желтеют зубы, изо рта появляется неприятный запах, грубеет голос. От вещей курящего человека постоянно пахнет табаком.

Наиболее заядлые курильщики, как правило, умирают от болезней, провоцируемых курением.

Курение способствует развитию:

Артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца, внезапная смерть), мозгового инсульта (кровоизлияния в мозг). 30-40 % всех смертей от ишемической болезни сердца связаны с курением сигарет.

Облитерирующих заболеваний сосудов конечностей. При этих заболеваниях происходит закупорка тромбами мелких кровеносных сосудов, а их спазм (резкое сужение) под влиянием никотина, который при курении попадает в кровь, может привести к возникновению гангрены (отмирание тканей). В таких случаях человеку приходится делать ампутацию.

Хронического бронхита и эмфиземы легких, которые сопровождаются развитием пневмосклероза, появлением одышки и развитием сердечной недостаточности. Риск развития хронических заболеваний легких у курящих в 5-8 раз выше, чем у некурящих.

Хронического гастрита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического колита.

Нарушения работы желез внутренней секреции (гипофиза, щитовидной железы, надпочечников), что изменяет обмен веществ и снижает адаптационные возможности человека.

Снижения иммунитета.

Снижения способности к деторождению у женщин; развитию импотенции и бесплодия у мужчин.

Повышения риска возникновения патологии беременности, выкидышей; увеличения числа случаев внутриутробной гибели плода и синдрома внезапной младенческой смерти; снижения массы тела новорожденных, отставания детей в физическом и умственном развитии.

Курением вызваны 30% случаев смерти от онкологических заболеваний, таких, как рак губы, гортани, бронхов, легких, пищевода, желудка, поджелудочной железы, кишечника, мочевого пузыря.

Курящие подвергают опасности не только себя, но и окружающих людей. Вдыхание табачного дыма некурящими называется «пассивным курением».

Компоненты, входящие в выдыхаемый курильщиками дым, не на много безопаснее того, если бы человек курил сам и принимал в себя никотин и другие вещества, входящее в зажжённую сигарету.

Табачный дым, который человек вынужден вдыхать, содержит: в 50 раз больше канцерогенов и аммиака, в пять раз больше окиси углерода, вдвое больше смол и никотина, чем поступает в организм самого курильщика.

Риск развития рака легких при «пассивном курении» у некурящего члена семьи в 3,5 раза превышает таковой в некурящих семьях, а заболевания легких в грудном и раннем детском возрасте у детей в семьях курильщиков почти в два раза выше.

По данным социологического исследования, проведённого специалистами ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» совместно с Институтом социологии НАН Беларуси , в настоящее время среди опрошенного населения республики курит 29,6%, из них: постоянно курит 19,8%, от случая к случаю – 9,8%. Курили ранее, но бросили – 16,9%, никогда не пробовали – 51,2%.

Доля курящих мужчин составляет 49,3%, доля женщин – 14,9%. Доля тех, кто «курит от случая к случаю», примерно равна в обеих группах. Доля тех, кто «курит постоянно» в 6,6 раз выше в группе мужчин, по сравнению с группой женщин.

Анализ распространенности табакокурения в зависимости от возраста показал, что самая высокая доля тех, кто курит (от случая к случаю и постоянно) наблюдается в возрастной группе 16-29 лет и составляет 36,2%. Доля тех, кто «бросил курить» примерно равна во всех возрастных группах.

Самые высокие показатели распространенности курения наблюдаются среди временно неработающих (63,3%), военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов (56,2%), рабочих промышленности, транспорта, строительства (52,2%). Менее всего курильщики представлены среди неработающих пенсионеров (11,4%). Доля бросивших курить выше среди военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов (28,1%), предпринимателей (32,1%).

Распределение показателей курения в зависимости от региона проживания выглядит следующим образом. Наибольшая доля тех, кто курит, выявлена в г.Минске (36,2%). Наименьшая доля – в Брестской и Минской обла-

стях (25,8% и 25,5% соответственно). Выявленные различия свидетельствуют о возможности улучшения ситуации по распространенности табакокурения. Доля курящих респондентов от «случая к случаю» выше в Витебской области (13,1%). Наиболее высокая доля бросивших курить зафиксирована в Минской области (22,0%).

Половина курящих респондентов (50,9%) имеют в настоящее время желание бросить курить.

Доля желающих бросить курить выше среди:

женщин (54,0%), чем среди мужчин (49,8%);

респондентов возрастной группы от 50 лет и старше (55,7%);

руководителей высшего звена (62,5%), руководителей среднего звена (64,7%), военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов (66,7%), работающих пенсионеров (64,3%).

респондентов Брестской (67,1%) и Гомельской областей (61,1%).

Значительное сокращение числа выкуриваемых за день сигарет положительно сказывается на здоровье. Люди, выкуривающие от 1 до 14 сигарет в день, в 8 раз больше некурящих подвержены риску рака легких. У умеренных курильщиков (15-24 сигареты в день) этот риск выше уже в 13 раз, а у заядлых курильщиков (25 и более сигарет в день) – в 25 раз.

Можно ли бросить курить?

Можно. Независимо от стажа курения, отказ от него тут же уменьшает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний или хронического бронхита.

Некоторые рекомендации для желающих бросить курить

Чтобы бросить курить, самое главное – очень этого захотеть. Спросите себя: “Всерьез ли я хочу бросить курить?” Подождите, пока такое желание не окрепнет.

Тщательно проанализируйте свои курительные привычки. Записывайте каждую сигарету, выкуриваемую вами за сутки. Дайте себе 2-3 недели на выяснение, когда и почему вам захочется курить.

Настройте себя на окончательность принятого решения. Запишите все причины, по которым вы хотели бросить курить, в том числе и все то хорошее, что после этого. Скажем, вы будете тоньше чувствовать вкус еды и напитков, исчезнет утренний кашель, уменьшится подверженность к респираторным заболеваниям.

Назначьте день, обведите это число в календаре и с этого дня полностью откажитесь от курения. Попробуйте уговорить одновременно бросить курить всех членов семьи или близких друзей, чтобы в трудные первые дни вы могли поддержать друг друга.

В первые дни пользуйтесь любыми средствами, заменяющими вам сигарету, – жуйте жвачку, крутите в пальцах ручку или карандаш, если не знае-

те, куда девать руки без сигареты. Для преодоления абстинентного синдрома пользуйтесь никотинозамещающими препаратами. Попробуйте применять технику расслабления для снятия напряжения.

Радуйтесь тому, что вы не курите! Не забывайте: вы экономите этим кучу денег. Пользуйтесь ими как наградным фондом для себя.

В течение первых недель ешьте, сколько хотите, но пусть это будет здоровая пища. Испытывая напряжение и беспокойство (результаты преодоления привыкания), вы захотите лишний раз перекусить и можете набрать несколько лишних килограммов. Помните, что самые трудные – первые четыре недели.

Для облегчения беспокойства по поводу отказа от курения разработаны никотинозамещающие препараты, они продаются в аптеках без рецепта. Вот пример некоторых из них:

Никотиновый пластырь наклеивается на тело как обычный пластырь и выделяет через кожу в организм небольшие дозированные порции никотина.

Никотиновая жвачка достаточно сильна и помогает даже заядлым курильщикам, но некоторые находят ее не приятной.

Никотиновый носовой ингалятор – один из новейших никотинозаменителей. Пользоваться им следует, если не помогли ни пластырь, ни жвачка.

Бросить курить имеет смысл в любое время.

Если болезнь еще не развилась, то риск заболевания будет постепенно уменьшаться, а спустя десять лет, после того как вы бросили курить и вовсе сойдет на нет.

Если вы не курите, ни в коем случае не берите сигарету в руки, если вы употребляете табак, откажитесь от вашей привычки, если люди, которые вам дороги, курят, помогите им избавиться от этого.

Старайтесь не подвергать себя действию дыма от курения других людей.

Помните, что некурящие люди чувствуют себя увереннее в современном обществе, лучше выглядят, дольше живут, сохраняют эмоциональную и физическую активность и, соответственно, быстрее добиваются успеха.

Тема 18. Алкоголь – медико-социальные последствия, стратегии предупреждения и преодоления зависимости

Пьянство и алкоголизм – одна из социально значимых и актуальных проблем для нашего государства. Это негативное явление причиняет огромный материальный и нравственный ущерб и обществу в целом, и отдельным гражданам. По масштабам своего распространения, величине экономических, экологических, демографических и нравственных потерь пьянство и алкого-

лизм представляют серьезную угрозу стабильности и развитию общества, здоровью и благополучию нации.

Потребление спиртных напитков в последнее время приобрело устойчивый и массовый характер. Уровень потребления алкогольных напитков населением Республики Беларусь продолжает оставаться высоким.

В массовом сознании и бытовой культуре населения сформировался устойчивый социально-психологический стереотип, согласно которому потребление алкогольных напитков рассматривается как допустимый и модно-образцовый стандарт поведения и проявления привычного образа жизни, то есть как бытовая социально-культурная норма, традиция или обязательный ритуал. Сегодня проблема алкоголизма затронула не только взрослое население страны, но стала реальной угрозой для подрастающего поколения.

С целью определения уровня потребления алкогольных напитков и выраженности негативных последствий пьянства среди молодежи специалистами УЗ «Могилевский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» в феврале 2010 года в Могилевской области было проведено социологическое исследование методом анкетного опроса. Участие в опросе приняло 879 человек в возрасте от 14 до 21 года, среди которых 423 юноши и 456 девушек. Анкетирование проводилось в различных учебных заведениях Могилевской области. Так, на момент опроса 37,1% респондентов получали образование в средних школах, 17,1% – в гимназиях или лицеях, 28,5% – в профессионально-технических лицеях, 17,3% – в техникумах и колледжах.

На сегодняшний день различными институтами общества прилагаются огромные усилия для профилактики алкоголизма и других зависимостей среди молодежи. В настоящее время печатается огромное количество статей в газетах и журналах, этой проблеме посвящаются множество фильмов и телевизионных программ. В общеобразовательных учреждениях активно пропагандируется трезвость, призывают детей заниматься спортом, а для реализации здорового образа жизни, идет активное строительство спортивных залов и площадок, закупается необходимый спортивный инвентарь. Движение за здоровый образ жизни и усилия, направленные на снижение риска хронических заболеваний, способствуют формированию более конструктивного отношения общества к потреблению алкоголя.

Все эти меры, призванные сформировать у подрастающего поколения стремление к здоровому образу жизни, постепенно дают свои результаты. Целью первого вопроса, который был задан респондентам: «Согласны ли Вы с тем, что сегодня модно вести здоровый образ жизни?» – было не только выяснить их мнение по этому поводу, но и оценить ориентации молодежи на ведение здорового образа жизни. В результате 83,3% опрошенных дали по-

ложительный ответ и только 5,8% отрицательный, остальные затруднились ответить.

Придание престижа ведению здорового образа жизни действительно очень важно для молодежи, ведь в этом возрасте многие поступки совершаются как дань моде, в стремлении быть «как все». Иногда уже первое знакомство с алкоголем подростки оценивают как «новый стиль жизни», отсюда и «культивирование» состояния опьянения. При регулярном употреблении алкоголя (до 2–3 раз в месяц) устойчивость подростка к действию алкоголя начинает возрастать. Это воспринимается в компании сверстников как признак особой «силы и крепости», отличающий лидера. Стиль жизни, принятый в «алкогольной» компании, ошибочно воспринимается как естественный и нормальный. Нормой поведения считается употребление спиртных напитков в выходные дни, при встрече с друзьями и т.д. Употребление спиртного становится патологически необходимым атрибутом времяпрепровождения, расширяется спектр поводов и мотивов пьянства: «пью для повышения настроения», чтобы «развеселиться», «приятно пить» и т.д. Употребление алкоголя становится, чуть ли не основным смыслом жизни. Складывается такой стереотип поведения, когда все жизненные проблемы решаются и порождаются употреблением спиртного. Пьют для того, «чтобы отключиться», «забыть неприятности» и т.д.

И хотя 65,3% молодых людей, принявших участие в анкетном опросе, не считают важным атрибутом современной молодежной компании употребление спиртных напитков, полученные данные свидетельствуют о несколько другой ситуации. Так, каждый четвертый респондент имеет друзей, которые употребляют спиртные напитки. Каждый третий несколько раз в месяц, а то и в неделю попадает в компании, где употребляют алкоголь.

Однако употребление алкоголя в молодежных группах – это чаще всего второй этап приобщения к пагубной привычке. Обычно первое знакомство со спиртным начинается в кругу семьи под присмотром родителей на семейных праздниках. Обычно это бывает, так сказать, «невинная» рюмочка в честь дня рождения или другого торжества. И хотя это происходит с согласия родителей, в семейном кругу, все же и такое приобщение детей к алкоголю опасно. Ведь стоит раз прикоснуться к спиртному, как уже снимается психологический барьер и подросток считает себя вправе выпить с товарищами или даже одному, если появляется такая возможность.

То что спиртное в своей жизни попробовал практически каждый участник опроса (81,6 % респондентов) не вызывает особого удивления. Настораживает другое: каждый четвертый впервые употребил спиртное в возрасте до 13 лет! И только около 3% респондентов – после своего совершеннолетия.

В этой связи закономерным является то, что в рамках анкетирования 41,3% респондентов признались в том, что периодически употребляют алкогольные напитки. Примечательно и то, что 86,2% из этих учащихся на момент опроса не достигли совершеннолетия. Особую тревогу вызвал тот факт, что среди тех, кто признался в периодическом употреблении алкоголя, девушки составили 53%.

Выпивают учащиеся, на первый взгляд, не так часто: каждый пятый только по праздникам, каждый шестой – пару раз в месяц. Но это только первое впечатление, учитывая возраст респондентов. Постепенно увеличивается частота потребления спиртного, возрастают дозы, происходит привыкание и зависимость. Около 6% опрошенных нами респондентов признались, что употребляют алкогольные напитки несколько раз в неделю, а то и ежедневно (84% из этих молодых людей на момент опроса не достигли и 18 лет).

В целом мотивы употребления спиртного подростками делятся специалистами на две группы. В основе мотивов первой группы лежит желание следовать традициям, испытывать новые ощущения, любопытство и т.п. Формированию этих мотивов способствуют некоторые свойства психики несовершеннолетних, пробуждающееся в них чувство взрослости, желание быть как все, стремление подражать старшим и т.п. Возрастными особенностями подростков в определенной мере можно объяснить и употребление ими спиртных напитков «для храбрости». Этот мотив связан с отсутствием у несовершеннолетних жизненного опыта, знаний, позволяющих им свободно вступать в общение с окружающими (например, с лицами более старшего возраста, девушками).

Особого внимания заслуживает вторая группа мотивов потребления алкоголя, которые формируют пьянство как тип поведения правонарушителей. В число этих мотивов входит стремление избавиться от скуки. В психологии скукой называют особое психическое состояние личности, связанное с эмоциональным голодом. У подростков этой категории существенно ослаблен или утрачен интерес к познавательной деятельности. Подростки, употребляющие спиртное почти не занимаются общественной деятельностью. Существенные сдвиги наблюдаются у них в сфере досуга. Эти ребята меньше интересуются художественной литературой, редко участвуют в самодеятельности, почти не бывают в театре, утрачивают интерес к серьезной музыке, живописи. Наконец, некоторые подростки потребляют спиртное, чтобы снять с себя напряжение, освободиться от неприятных переживаний. Напряженное, тревожное состояние может возникнуть в связи с определенным положением их в семье, школьном коллективе.

Подобные причины употребления спиртных напитков были выявлены и в результате проведенного социологического исследования. Самым попу-

лярным у респондентов является пиво – недорогой и даже «модный» сегодня молодежный напиток (его употребляет 30% опрошенных респондентов). В возрасте до 16 лет пиво употребляет каждый пятый молодой человек, в возрасте постарше – каждый третий. Между тем, пиво вовсе не является легким и безвредным напитком. Пагубное воздействие пива на молодой организм формирует алкогольную зависимость и приводит к необратимым последствиям для физического и психического здоровья человека.

Дальше крепче: 10% респондентов предпочитают вино, 6,5 % – шампанское, 4,6 % – водку. Менее востребованы джин-тоник (2,4%), коньяк (0,2%), мартини (0,1%), самогон (0,1%).

Каков же социальный портрет юного потребителя алкогольных напитков? Средний возраст молодого человека, регулярно употребляющего алкогольные напитки около 17 лет. Больше других алкоголь употребляют учащиеся профессионально-технических лицеев (57,7%), а также техникумов и колледжей (52,6%). Каждый третий школьник, гимназист и лицеист также периодически употребляют спиртное. Но если каждый второй из этих школьников (гимназистов или лицеистов) употребляет алкоголь только по праздникам (несколько раз в год), то каждый третий «ПТУ-шник» делает это несколько раз в месяц.

Наибольшую свободу в выборе своего поведения имеют, конечно же, те, кто проживает отдельно от родителей. К сожалению не все могут правильно распорядиться этой свободой. Так, 63,6 % из тех, кто самостоятельно проживает на съемной квартире, признались в употреблении алкоголя. Более половины (52,4%) из тех, кто на момент опроса проживал в общежитии учебного заведения, также отметили, что периодически выпивают. Однако не намного лучше ситуация и среди тех, кто живет «под присмотром» старших: каждый второй респондент, живущий у родственников, и каждый третий, проживающий вместе с родителями, время от времени берется за губительную рюмку.

Как показал анализ состава респондентов, допускающих употребление алкоголя, основы возможного их приобщения к его потреблению закладываются не только в малообеспеченных или неполных семьях, в которых родители по разным причинам не могли в достаточной мере занимаются воспитанием своих детей. Это явление нередко можно наблюдать и в полных обеспеченных семьях, в которых родители проявляют чрезмерную заботу о благополучии детей, где преобладает стремление максимально оградить, освободить их от неизбежных в каждой семье забот и обязанностей.

Подобная опека вопреки желанию родителей неизбежно влечет за собой формирование у таких детей комплекса зависимости, беспомощности, неподготовленности к жизни, что вместе с отсутствием волевых установок на

преодоление трудностей повышает риск оказаться подверженным дурному влиянию окружающих, побуждает искать более легкие способы решения жизненных проблем. Для слабых, безвольных людей употребление алкоголя является наиболее доступным, хотя и, несомненно, иллюзорным выходом из трудного положения. Кроме того, именно в таких семьях подростки, как правило, располагают определенными суммами денег на карманные расходы, что практически облегчает им доступ к спиртным напиткам.

Как известно, для подростков преимущественно характерно проведение свободного времени с друзьями. И хотя подростковые группы складываются стихийно, их составляют ребята, близкие по уровню развития, запросам и интересам. Но если подростковая группа не объединена какой-то полезной деятельностью, в ней преобладает «пустое» времяпровождение скучающих несовершеннолетних, и такая группа становиться благоприятной почвой для распития спиртных напитков. Именно с друзьями, по данным проведенного социологического исследования, респонденты чаще всего и распивают спиртные напитки (16,5% молодых людей употребляют спиртное дома у друзей). Для каждого седьмого опрошенного даже на дискотеке не весело без спиртного, каждый десятый не прочь «опрокинуть рюмочку» просто на улице. Значительно реже спиртные напитки респонденты употребляют в общежитиях учебного заведения (2,2%), а также в кафе и барах (1,1%).

Проведенный подобным образом досуг не для всех и не всегда заканчивается мирно. Каждый десятый респондент (из которых 54% – парни и 46% – девушки) в рамках проведенного анкетирования признался, что попадал в конфликтные ситуации в состоянии алкогольного опьянения. Для 2,7% молодых людей выяснение отношений заканчивалось в отделении милиции.

Психологи утверждают, что вероятность отклоняющегося поведения на почве употребления алкоголя у несовершеннолетних и молодежи оказывается значительно выше, чем у других возрастных групп. Это объясняется, в частности, тем, что для этого возраста характерна неустойчивость нервной системы, морально-этических взглядов и убеждений, пониженное чувство самоконтроля. Например, в возрастной группе 18-24 года вероятность совершения преступлений в состоянии опьянения выше средних показателей в 3-3,5 раза. Еще больше рискуют совершить, антиобщественные проступки в состоянии опьянения несовершеннолетние.

Поскольку большинство случаев распития спиртного взрослыми связано с радостными событиями – праздниками, семейными торжествами, приемом гостей и тому подобными случаями, постольку алкоголь воспринимался подростками как источник радости, веселья и т. д., а не как напиток, оказывающий пагубное действие. Согласно исследованиям, лишь незначительная часть молодежи прибегала к алкоголю от скуки, одиночества или тревоги.

На психологию подростка заметное влияние оказывает и широко распространенное среди населения заблуждение относительно свойств алкоголя и его роли в жизни человека. Испытываемое от небольших доз алкоголя состояние иллюзорного удовольствия, подъема сил, бодрости и т. п. способствует закреплению предрассудка о благотворном его влиянии. В том, что большая часть молодежи придерживается ошибочных представлений о характере действия алкоголя, мы имели возможность убедиться в результате проведенного социологического исследования. Каждый третий респондент, употребляющий спиртные напитки, не считает, что алкоголь наносит вред его здоровью. И даже далеко не все из тех, кто осознает пагубное влияние алкоголя на свой организм, готовы отказаться от спиртного. Только около 40% молодых людей выразили желание полностью отказаться от употребления алкогольных напитков.

Кроме того, определенную неинформированность в вопросах алкогольной зависимости можно проследить и в ответах респондентов на вопрос: «Как Вы думаете, можно ли в любой момент прекратить употреблять алкогольные напитки?». Более 60% на поставленный вопрос ответили положительно, наверняка не осознавая при этом, что этот самый момент не всегда возможно проконтролировать. И если уже на начальных этапах употребления алкоголя не возникает твердого желания, а может быть и внутренней силы, жить без спиртного, то прогнозировать его в будущем не всегда представляется возможным.

Одной из задач проводимого социологического исследования было выяснить отношение молодых людей к проблеме алкоголизма, а также оценить степень заинтересованности респондентов в получении знаний и информации о проблеме пьянства и последствиях употребления спиртных напитков.

Проведенный анализ свидетельствует, что абсолютное большинство респондентов осознает угрозу алкоголизации населения. Так, на предложение оценить проблему алкоголизма в нашей стране, вариант ответа «чрезвычайно серьезная» отметили 45,6% учащихся, «в общем серьезная» – 37,5%, «не очень серьезная» – 5,6% респондентов. Как «совершенно несерьезную» ее оценили только 5 человек, остальные респонденты(10,6%) затруднились ответить на поставленный вопрос.

Вероятнее всего, подобные оценки связаны с огромным потоком информации о проблеме пьянства и последствиях употребления спиртных напитков, транслируемым для молодежи из различных источников.

Результаты исследования показали, что помимо СМИ, которые сохраняют свои лидирующие позиции и остаются наиболее распространенными источниками информации о здоровье, значимой в этом отношении является и межличностная коммуникация. Прослеживается значительная профилакти-

ческая работа со стороны специалистов учреждений образования, родителей, медицинских работников, сотрудников милиции.

Однако, несмотря на огромный поток предлагаемой профилактической информации, заинтересованы в ней только чуть более половины респондентов. Кроме того саму проблему алкоголизма и последствия употребления спиртных напитков в кругу своих друзей регулярно обсуждает лишь 9,3% опрошенных, каждый третий респондент никогда не ведет разговор на подобные темы со сверстниками.

Скорее всего, недостаточная заинтересованность молодых людей в получении подобной профилактической информации объясняется достижением некоторого «предела насыщения» информационного пространства материалами о здоровье, имея в виду, прежде всего, количественную (формальную), а не содержательную составляющую. Кроме того, некоторые формы предоставления такой информации (например, лекции или беседы, которые чаще всего и используются в работе с молодежью) не всегда интересны и даже скучны для подрастающего поколения. В то время как интерактивные формы профилактической работы являются наиболее приемлемыми, однако используются значительно реже.

Подводя итоги проведенного социологического исследования, отметим, что в ходе его удалось выявить ряд проблем, главная из которых – высокий уровень потребления алкогольных напитков молодежью. В одиночку справиться с этой проблемой невозможно ни одному социальному институту, ни тем более отдельно взятой семье. Необходимо активное сотрудничество между семьей, общественными организациями, учебными заведениями, государственными органами и средствами массовой информации.

Особенно велика роль в этом общеобразовательной школы, располагающей огромным воспитательным потенциалом, возможностью в течение многих лет оказывать культурно-педагогическое, эмоционально-психологическое воздействие на детей и подростков. Разумеется, роль школы в антиалкогольном воспитании не может сводиться к тому, чтобы, используя возможности различных учебных дисциплин, вооружать учащихся необходимыми знаниями о вреде алкоголя, его влиянии на человеческий организм и т. д. Как свидетельствует опыт антиалкогольного просвещения в школах многих зарубежных стран (Финляндия, Швеция, Норвегия, Дания и др.), осведомленность об алкоголе, какой бы широкой она ни была, оказывается недостаточной, для того чтобы изменить отношение молодежи к потреблению алкоголя. Объясняется это частично тем, что в системе ценностных ориентации подростков их собственное здоровье пока еще не занимает заметного места. Для выработки устойчивого нравственно-психологического неприятия пьянства, активной антиалкогольной позиции информативно-

ознакомительные усилия должны быть дополнены мерами, обеспечивающими глубокое эмоциональное и нравственное воздействие на учащихся, что невозможно без убедительного, научно обоснованного раскрытия тесной связи процесса становления и развития личности молодого человека с трезвым образом жизни.

Если в школах важно делать акцент на разъяснительной работе, направленной на предотвращение начала потребления алкогольных напитков и информирование школьников о последствиях приобщения к спиртному, то в учреждениях, обеспечивающих получение среднего специального и профессионально-технического образования работа должна носить более практический характер. По результатам проведенного исследования, именно в этих учреждениях образования наиболее высокий процент молодых людей, употребляющих алкоголь. В состав данной профилактики может входить ранняя диагностика, раскрытие психологического неблагополучия личности, которое непосредственно связанно с причинами алкоголизации, предложение широкой психологической помощи (клиническая беседа, группы общения, встречи с бывшими алкоголиками, кабинеты анонимной наркологической и социально-психологической помощи, работа с непосредственным окружением и семьей злоупотребляющего и др.).

Так как зачастую употребление алкогольных напитков связано у молодежи с желанием быть «как все», следовать своеобразной молодежной моде, важно, чтобы профилактическая работа была направлена на демифологизацию алкоголя как символа престижа. В антиалкогольной работе нужно в доступной форме рассказать о пагубных свойствах алкоголя и возможных последствиях его употребления, сформировать в сознании молодых людей альтернативу стилю жизни, который включает потребление алкоголя. Подобная работа должна проводиться как с юношами, так и с девушками, ведь как показал анкетный вопрос, последние не отстают от парней в своем пристрастии к спиртному.

Как удалось выяснить в результате проведенного социологического исследования, знакомство с алкоголем молодых людей зачастую происходит с согласия родителей. Потребление алкоголя большинством взрослого населения, бытующая вокруг этого явления атмосфера благодушия, снисходительного отношения делают его в глазах подростков неотъемлемым атрибутом образа жизни старших. Это служит весьма значительным фактором формирования у них позитивного отношения к алкоголю. В условиях широкой распространенности в быту питейных обычаев и традиций психологические установки на потребление алкоголя формируются у подростков задолго до их приобщения к спиртному. В этой связи особым направлением в профилактике алкоголизма среди молодежи должна стать работа с семьями.

По каким бы направлениям и в каких бы формах не проводилась профилактическая работа, главное, чтобы ее мероприятия способствовали формированию у молодежи активного отрицательного отношения к алкоголю, были направлены на значительное улучшение работы по нравственному воспитанию и культурному развитию подрастающего поколения, на создание необходимых условий для организации разумного досуга, формирования навыков безалкогольного времяпрепровождения. Именно такой комплекс мер и активное сотрудничество всех общественных структур способно противостоять главному врагу современного общества – алкоголю.

Тема 19. Генеалогия и семья в социальной виталогии. Кодекс семьи и здоровье

Что такое семья? И что такое брак? Связаны ли эти понятия друг с другом? Бывает ли семья без заключения брака или всегда ли создается семья даже, если есть свидетельство о заключении брака. У каждого взрослого гражданина, несомненно, есть свое мнение в отношении этого вопроса: кто-то считает, что настоящая семья обязательно должна зарегистрировать свои отношения; а кто-то полагает, что в таком быстром течение жизни это просто пустая трата времени.

Что представляет собой семья? Семья являет собой сложное социальное явление, в котором переплетаются многообразные формы социальных отношений и процессов. Трудно сравнить с ней любое другое социальное образование, в котором удовлетворялось бы столько разнообразных человеческих и общественных потребностей. Семья представляет собой такую социальную группу, которая накладывает свой отпечаток на всю жизнь человека. Все это приводит к тому, что по отношению к семье не так легко предпринять объективное научное исследование. Как отметил американский социолог Гуд «Мы знаем о семье слишком много, чтобы исследовать ее объективно».

Есть ли преимущества регистрации брака, только кроме того, что многие модницы могут делать себе прекрасные подарки на годовщину – покупать новые обручальные кольца (новая мода).

Вначале следует разобраться, что означают эти на столько знакомые нам понятия:

Брак – семейный союз мужчины и женщины, порождающий их права и обязанности по отношению друг к другу и к детям. В большинстве современных государств закон требует соответствующего оформления (регистрации) брака в специальных государственных органах; наряду с этим в некоторых государствах правовое значение придается также браку, заключенному по религиозным обрядам. В некоторых государствах (напр., во Франции) при

оформлении брака нередко заключается брачный контракт. В Российской Федерации признается только брак, заключенный в государственных органах записи актов гражданского состояния (загсах). До 1944 к зарегистрированному приравнивался т. н. фактический (незарегистрированный) брак.

Брак (брачный союз) – постоянный союз мужчины с женщиной с целью создания семьи и продолжения рода. Люди, состоящие в браке, называются супругами или супружеской парой. Мужчина – муж, женщина – жена (согласно Брокгаузу и Ефрону).

Брак (предположительно от глагола брать) или брачный союз -- регулируемая обществом (в том числе государством) постоянная связь между мужчиной и женщиной, как правило, основанная на сексуальных отношениях и преследующая цель создания семьи.

Семья – основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной помощью, моральной и правовой ответственностью. Как устойчивое объединение возникает с разложением родового строя. Первая историческая форма моногамии – патриархальная семья (управлялась отцом, включала его потомков с их женами и детьми, а также домашних рабов). Индустриализация разрушает связь семьи с домашним производством, оставляя у нее из экономических функций лишь организацию быта; большинство семей состоит из супругов и их детей (нуклеарная семья). В современном обществе действуют две противоречивые тенденции: обновление семьи на основе промышленного и культурного прогресса (превращение семьи в морально-правовой союз мужчины и женщины) и рост семейных коллизий и значительное число разводов. Большинство браков заключается по личному выбору будущих супругов, а семейные отношения все больше характеризуются их равноправием.

Наиболее правильно подходят к социологии, её современному состоянию авторы, которые видят в ней, с одной стороны, науку об обществе как целостной системе и, с другой, – знание об отдельных институтах, процессах, группах, рассматриваемых в их связи с общественными целями. В социологии таким образом исследуются не те или другие социальные системы, общности сами по себе, а системная организация всего общества и отношение к ней или к её элементам отдельных общественных явлений, взятых как подсистемы. При таком понимании социологии в её составе выделяются три составные части или уровни: общая социология – учение об обществе как целостной системе; специальные социологические теории – социология отдельных сторон общественной жизни: экономики, государства, права, морали, семьи, армии и др.; теория и методика конкретных социологических исследований, получения эмпирических и статистических данных.

Объектом социологического познания является общество. Изучение социальных проблем общества – объект социологической науки. Объект познания – это всё то, на что направлена деятельность исследования, т.е. отдельная часть или совокупность элементов объективной реальности, обладающая определённым или специфическим свойством (так, физическая реальности – объект исследования бесконечного множества естественных и технических наук, социальная – наук общественных и гуманитарных). Объектов исследования любой науки может быть бесконечное множество, а её предмет всегда ограничен, однозначен и специфичен. Предметом социологии является личность, как субъект и продукт общественных отношений, закономерности социальных действий и массового поведения людей. Предметные области социологии: социология труда, образования, политики, семьи и т.д. Понятие социального, социальных связей и отношений, способа их организации являются исходными для понимания отличительных особенностей предмета социологического знания, а социальных закономерностей – для понимания его сущности.

Социология семьи – область социологии, изучающая формирование, развитие и функционирование семьи, брачно-семейных отношений в конкретных культурных и социально-экономических условиях. При анализе семьи как социального института обычно рассматриваются не конкретные семьи, а образцы семейного поведения, специфичные для определённого типа культуры или тех или иных социальных групп, характерные роли в семье, специфика формальных и неформальных норм и санкций в сфере брачно-семейных отношений.

Семья – социальный институт, выполняющий функции малой группы, основанной на браке, кровном родстве, члены которой связаны общностью быта, взаимной материальной и моральной ответственностью. В семье начинается и протекает социальная жизнь человека. В семье регулируются и контролируются различные стороны жизни на основе принципов, норм, правил и установок, принятых в обществе. В семье все её члены имеют определённый статус и роли. Одним из результатов успешного функционирования семьи как социальной группы является эффективное предупреждение отклонений от требования социальных норм в подавляющем большинстве сфер общественной жизни.

Семья считается одним из четырёх фундаментальных институтов общества, придающим ему стабильность и способность восполнять население в каждом следующем поколении. Одновременно семья выступает малой группой – самой сплочённой и стабильной ячейкой общества. На протяжении своей жизни человек входит в состав множества самых разных групп – группу сверстников или друзей, школьный класс, трудовую бригаду, клуб по ин-

тересам или спортивную команду, – но лишь семья остаётся той группой, которую он никогда не покидает.

Под семьёй, существующей в течение длительного промежутка времени, нужно понимать такую целостность, которая делится и восстанавливается в каждом поколении, не нарушая преемственности. Способность восстанавливать своё единство в каждом следующем поколении – очень важная характеристика семьи. Она описывает то, что учёные именуют жизненным циклом семьи.

Жизненный цикл семьи – последовательность значимых, этапных событий в существовании семьи – начинается с заключения брака и кончается его расторжением, т.е. разводом. Многие семьи, их называют стабильными или крепкими, имеют только один момент (заключение барака) и не имеют другого, а именно развода. Неразведённые супруги проходят все стадии жизненного цикла. Они-то и послужили учёным в качестве идеального типа для выделения этапов жизненного цикла семьи.

Жизненный цикл семьи состоит в следующем. Заключение брака – первая стадия или начальная. Фаза от момента заключения брака до рождения последнего ребёнка называется стадией роста семьи.

Вторая стадия – с момента рождения последнего ребёнка до момента когда из родительской семьи отделился первый взрослый ребёнок, обзаведшийся собственной семьёй.

Третья стадия может быть очень длинной или короткой в зависимости от того, как быстро дети покидают семью. Называют эту фазу "зрелой". Продолжается она до тех пор, пока все внуки не покинут дом своих бабушек и дедушек.

Четвёртая стадия – одиночество в старости, или стадия "затухания". Она заканчивается со смертью одного из супругов.

Завершающая стадия жизненного цикла как бы повторяет первую – брачная пара остаётся наедине с собой. Разница лишь в возрасте. Семья из которой ушли все дети называется "пустым гнездом".

В Европе и Америке пожилых пар, проживающих отдельно от детей больше, т.к. молодым легче найти жильё, а так же в обществе преобладает индивидуалистические ценности. В России, особенно на селе, гораздо больше 3-х поколенных семей: пожилая пара живёт совместно с повзрослевшими детьми, которые заботятся о ней духовно и материально. Под одной крышей могут проживать и три и четыре поколения. Это значит что стадии "пустого гнезда" в такой семье нет.

Заключению брака и образованию семьи предшествует длинный процесс "примерки" т.н. добрачный период. Добрачный период посвящён тому,

что подростки и юноши набираются жизненного опыта. Это очень важный ответственный период в жизни.

Если брак распространяется на отношения супругов, то семья захватывает супружеские родительские отношения, кроме того семья является ещё и социальной организацией.

Выделяют два главных типа семей – традиционную (или классическую), она же называется расширенной (многопоколенной), и современную нуклеарную (двухпоколенную) семью. Различают также родительскую семью, или семью происхождения, и прокреационную, или новообразованную (она создаётся взрослыми детьми).

По числу детей различают бездетную, однодетную и многодетную семьи. По критерию господства в семье мужа или жены выделяют патриархальную и матриархальную семьи, а по критерию лидерства – патернальную (глава семьи мужчина), материальную (глава семьи женщина) и эквалитарную (оба супруга в равной степени считаются главой семьи). Современная семья – первичная социальная экономическая ячейка, включающая обычно двух родителей и одного ребёнка. Её называют нуклеарной семьёй (от лат. nucleus – ядро). Она названа так потому, что демографическим ядром семьи, отвечающей за воспроизводство новых поколений, являются родители и их дети. Они составляют биологический, социальный и экономический центр любой семьи. Все остальные родственники – бабушки, дедушки, тёти, дяди и т.п. относится к периферии семьи. Если все они живут вместе, то семья называется расширенной.

Нуклеарная семья – это кровно-родственная группа, образованная двумя поколениями. Повзрослевшие дети создали свою семью и отделились от родителей. У них появились свои дети. Те повзрослели, создали семью, отделились. Так продолжается цепочка ядерного деления нуклеарной семьи. Если новая семья не отъезжает, то образуется расширенная семья. Но в этом случае хотя бы формально надо различать два типа семей:

- родительская семья, или первичная семья;
- новообразованная семья, или вторичная семья.

Вторичная семья, образованная браком взрослых детей – членов первичной семьи, она включает мужа, жену и их детей.

Нуклеарная семья возможна только в тех обществах, где взрослые дети имеют возможность после брака жить отдельно от родительской семьи.

В настоящее время многопоколенная семья всё больше вытесняется двухпоколенной. Она называется нуклеарной семьёй. В Западной Европе США и России нуклеарные семьи составляют более 70% семей.

При анализе стадии развития социального общества заметно, что нуклеарная семья претерпевает определённую эволюцию. На ранней стадии ей

была присуща однокарьерная модель, при которой отец был занят в общественном производстве, зарабатывал деньги и содержал семью, а мать была занята только домашним хозяйством. На более поздней стадии для нуклеарной семьи характерна двухкарьерная модель, при которой отец и мать оба работают и поровну делят домашние заботы. Такие семьи называют ещё двухдоходными и семьями с двумя кормильцами. Россия страна с большим числом семей с обоими работающими супругами.

Работа не только экономически, но и социально необходима для многих женщин. Они не хотят быть оторванными от коллектива и общения с людьми. Быт засасывает, работа позволяет ей быть всегда в "форме". Сравнивая кругозор и уровень интеллектуального развития работающих и неработающих женщин, психологи отдают предпочтение первым. Хотя, конечно же, необходимость дополнительного заработка для семьи остаётся основным мотивом трудоустройства для 80% работающих женщин в нашей стране.

Занятость в производстве не освобождает женщину от домашних дел, поэтому у работающих женщин по сравнению с работающими мужчинами трудовая нагрузка возрастает в два раза. Снять двукратную нагрузку с жены может только муж, вот почему учёные говорят, что равное распределение домашних обязанностей – справедливая плата за работу женщины вне дома.

Женщина выполняет три роли – супружескую, родительскую, профессиональную. Работа вне дома, как оказалось, компенсирует стресс, она помогает женщине легче преодолевать напряжение в супружеских отношениях. Но выясняется и другое: когда женщина чрезмерно увлекается работой и забывает о доме, напряжённость в семье растёт. Она забрасывает не только хозяйство, но и воспитание детей. У мужа и детей растёт неудовлетворённость. Общество традиционно закрепило за женщиной роль хозяйки и воспитателя. Хотя профессионально большинство женщин не уступает мужчинам, но их зарплата во всех странах как минимум на 30% меньше, поэтому главным добытчиком всё равно остаётся мужчина.

Таким образом, у большинства женщин неудовлетворённость жизнью наступает, когда они не справляются с родительской и супружеской ролями, а у мужчин с профессиональной. Культурный уровень супругов является очень важным фактором. Именно с более высоким уровнем образования мужья больше помогают жёнам. В современных семьях где оба супруга работают, наибольшее напряжение в выполнении ролей испытывает женщина. Поэтому она предпочитает ограничивать число детей, а не отказываться от работы.

Мать гораздо чаще чем отец является для подростков авторитетом. С матерью обсуждаются учебные дела, взаимоотношения с товарищами свои занятия в свободное время. Для женщины большее значение имеет помощь

мужа в уходе за ребёнком, нежели его помощь по дому. Равный же вклад отцы и матери вносят в процесс социализации нравственного воспитания и развития социальных навыков.

Как же определяется лидерство в семье?

В индустриальном обществе власть мужа держится на общем социальном статусе, успехах в профессиональной деятельности и заработке. В современном обществе супруги, отвечая на социологическую анкету, затрудняются определить, кто из них глава (глава семьи).

При принятии решений в семье во всех странах главную роль играет материальный фактор: тот супруг, который больше зарабатывает, имеет и больше власти в семье. Поскольку заработок тем выше, чем выше квалификация, а стало быть и уровень образования, постольку мужчина оказывается на вершине семейной пирамиды сразу по трём критериям: высокий образовательный профессиональный статус, а также высокий доход.

У жён обычно более низкий доход, после появления детей они становятся зависимыми от мужа, так как в случае развода им самим придётся содержать семью. Если женщина работает, это автоматически не уравнивает их шансы в семье. Отцовство имеет в обществе более высокий социальный статус. Человеческое общество устроено так, что принятие окончательного решения ожидается от сильного пола. Своим социальным авторитетом мужья "додавливают" жён, заставляя помимо производственной выполнять так же домашнюю работу.

Но у женщины есть другой способ добиться главенства в семье. Она добивается ласками и нежностью всего, что ей надо от мужчины. Пословица "мужчина – голова, а женщина – шея" очень точно отражает реальность.

Супружеская власть – весьма сложное явление. Казалось бы, она зависит от материальных факторов, а психологические и моральные факторы как бы отходят на второй план. На самом деле сила любви одного партнёра к другому, как и степень потребности одного в другом могут сыграть решающую роль. Тот из супругов, кто в меньшей мере заинтересован в другом, и будет доминировать в браке. Если женщина сильнее испытывает потребность в любви (а чаще всего так и происходит), то она займёт подчинённую позицию. Но женщины агрессивнее в выражении своих эмоций: где криком, где плачем, они добиваются того, что мужчина уступает просто, для того чтобы не связываться с ними.

Роль женщины в принятии решений сегодня явно возрастает. Практически во всех сферах семейной жизни жена чаще, чем муж принимает решения.

Для женщины функция лидера – фактически дополнительная нагрузка, которая добавляется к домашней работе и воспитанию детей. Но вот пара-

докс: женщина одновременно устаёт от своего лидерства и постоянно его добивается. Она стремится к верховенству и в то же время проявляется чёткая зависимость: в семьях, где женщина лидер, она меньше удовлетворена браком.

Для супруга, у которого меньше власти, важнее правильно понимать того, у которого её больше, нежели наоборот. Поэтому муж, как правило, следит за тем, правильно ли понимает его поведение жена. Наделённый большей властью супруг позволяет себе больше свободы действий, чем другой. В то же время он более жёстко контролирует поведение подчинённого супруга, чем своё собственное.

Структура власти в семье, сложившаяся на первом этапе её жизненного цикла, возможна позже претерпевает изменения. Одни привыкают командовать, другие – подчиняться.

Россия в настоящее время переживает неблагоприятные для семьи времена. Очень высок уровень разводимости. Однако экономическое положение в стране пока не позволяет стабилизировать ситуацию и принять меры по оздоровлению семейных ценностей. Но специалисты считают что такое время придёт, хотя, быть может, с опозданием.

Одним из первых декретов Советской власти, принятых ещё в декабре 1917 года, был декрет о разводе. Первый Советский кодекс законов о браке, семье и опеке 1926 г. предполагал простую процедуру развода. Затем она усложнилась. После войны была принята двухступенчатая процедура расторжения брака с обязательным рассмотрением дела в суде и публикацией о факте развода в печати. Прочная семья удерживалась административно-принудительными средствами. В 60-х годах процедура развода упростилась. В России закон предусматривает равенство прав родителей на ребёнка, хотя по сложившейся традиции дети после развода чаще достаются матери. У женщин по мере взросления детей возникает потребность в эмоциональной привязанности. А мужчина после шести лет совместной жизни часто отстраняется от семьи, жена важна ему в качестве хозяйки и друга. Разногласия на этом этапе приводят к возникновению неудовлетворённости браком. Но после восемнадцати лет совместной жизни удовлетворённость вновь возрастает за счёт взаимной потребности в духовном общении.

Мотивы развода – это субъективные причины, названные самими разводящимися или экспертами. Мотивы отражают только те чувства, которые переживали супруги на период развода, а не реальные проблемы, которые привели к нему. Об этом хорошо знают социологи которые основывают свои исследования на материалах бракоразводных дел. На суде супруги часто называют не реальную причину распада брака, а мотивы облегчающие бра-

коразводную процедуру. Среди них наиболее популярными являются следующие:

1. Отсутствие общих взглядов и интересов;
2. Несходство характеров;
3. Любовь к другому человеку;
4. Супружеская неверность;
5. Алкоголизм и связанные с ним грубость и побои;
6. Отсутствие нормальных жилищных и материальных условий;
7. Вмешательство родителей в семейные дела супругов.

Причины развода и мотивы развода – вещи разные. Первые объективные, вторые субъективные. Первые действуют как бы помимо воли и сознания людей. Например, недостаточная жилплощадь, отсутствие денег, проживание с тёщей или свекровью, вполне могут стать причиной развода. Но во многих из них люди не признаются. Они расскажут социологу совсем о другом. Каждый стремится выглядеть лучше. Повод к разводу – это какой-либо пустяк, который переполнил чашу терпения и послужил сигналом к активным действиям. Супруги повздорили и бросились к ЗАГСу писать заявление о разводе. Многие конечно одумываются. Но кое-кто стоит "на принципе" и не хочет сдаваться. В результате – трагедия на всю жизнь. Последствия развода для взрослых. Как бы то ни было развод не проходит бесследно. Он сказывается и на эмоциональном благополучии человека, и на состоянии здоровья; порождает серьёзные юридические проблемы; осложняет экономическое положение разведённых; изменяет взаимоотношения с ближайшим социальным окружением; ставит острые проблемы, связанные с выполнением родительских ролей. Разведённым приходится одновременно адаптироваться к распаду брака и формировать новый стиль жизни.

Известно, что заболеваемость и смертность разведённых выше, чем состоящих в браке. Результаты, полученные американскими исследователями показывают, что разведённые больше подвержены алкоголизму, чем семейные.

Финансовый статус разведённых хуже, чем состоящих в браке. Развод сильнее сказывается на женщинах. Их экономическое благосостояние зависит от брачного статуса. Оно ухудшается в результате развода и улучшается, если женщина вступает в повторный брак. Одинокие женщины с детьми чаще других попадают в группу бедных и работают полный рабочий день. У них выше уровень стресса, они чаще выражают беспокойство по поводу недостатка времени, денег и сил для ухода за детьми.

Состояние психологической опустошённости, эмоционального стресса и панического страха, наступившее после развода, учёные называют "травмой развода". В него включаются и те нарушения в психики, поведении, цен-

ностном мире родителей и детей, которые произошли после развода и были им спровоцированы. "Травма развода" усиливается с увеличением возраста разводящихся и стажа брака. Согласно данным, женщины сильнее переживают распад брака, чем мужчины. Но зато они и приходят в себя быстрее, легче переносят одиночество.

Восстановление психического равновесия и приспособление к новым социальным условиям называют адаптацией послеразводной ситуации. У мужчин и женщин, молодых и старых, бедных и богатых, представителей разных культур она происходит не одинаково.

В России развод считается серьёзной социальной и нравственной драмой, причины которой не всегда зависят от самих людей.

Последствия развода для детей. Около 60% разводящихся пар в России имеют несовершеннолетних детей. Однако наличие детей не удерживает родителей от развода. Ежегодно 500 тысяч детей в России остаются с одним родителем.

Мало кто из детей хочет, чтобы их родители разводились. У многих детей чувство обиды, вызванное разводом, проявляется особенно остро, если кто-то из родителей вступает в повторный брак.

Дети страдают от развода родителей, но его воздействие на них ослабевает с течением времени и многие возвращаются к привычному образу жизни. Разводы – фактор морального и материального ущемления детей.

Известно, что личность человека формируется с ранних лет. И если в детстве ребёнок был лишён тепла родительской любви, то он может вырасти моральным уродом. Нередко эти люди бывают упорными и трудолюбивыми, но при этом – холодными и жестокими. Или просто несчастными.

Сегодня среди учёных начинает преобладать точка зрения, что развод не отрицает института брака. Он отрицает определённый тип отношений в браке – отношений, построенных на нелюбви супругов, авторитарном подавлении одного другим, унижении личного достоинства и неравенстве полов. Развод играет фундаментальную роль в жизни общества. Он символизирует свободу личности. Без него брак превратился бы в принудительное сожительство. Если человек не нашёл счастья в браке, то ему нужно предоставить шанс попытаться сделать это ещё раз.

Следует более осмысленно подходить к выбору партнёра, и когда он произошёл, приложить максимум усилия к воспитанию друг друга в браке. Брак крепок лишь тогда, когда каждый день люди работают над его укреплением.

Социологи, изучающие институт семьи, не только в разных странах, но и в разных классах, подметили, что гораздо больше различаются между со-

бой социальные классы нежели страны, принадлежащие к однотипной культуре.

В Англии, Германии, России, США семьи среднего класса гораздо больше занимаются осмысленным планированием внутрисемейных отношений, нежели рабочие семьи, а также семьи из самых низов общества. Дети в среднем классе заканчивают среднюю школу, колледж и университет. Следуя примеру родителей, они целенаправленно строят свою карьеру продвигаясь всё выше и выше. Они – дисциплинированные и квалифицированные работники, законопослушные граждане, заботливые родители. Гораздо меньше эти качества проявляются в низшем классе.

В рабочих семьях свободнее выражают агрессивность по отношению к детям. Наказания чаще физические. Родители не стремятся понять мотивы поведения детей, не копаются в их внутреннем мире.

Целенаправленное планирование семейных отношений, гуманистическая модель семьи, в европейских и североамериканских странах присущи не только среднему но и высшему классу. Высший класс ещё в большей степени заботится о незапятнанности имиджа семьи и клана, репутации рода. Это и понятно: на протяжении многих столетий там складывалась аристократия, ориентированная на статус и честь.

В России такая модель присуща главным образом среднему классу, поскольку именно он – социальная основа русской интеллигенции, высокие нравственные принципы которой известны всему миру. Эта модель мало свойственна рабочему классу и высшим слоям общества. Высший российский класс крайне неоднороден, наряду с истинной интеллигенцией в нём присутствуют многочисленные добавки из таких групп и слоёв населения, которые не отличаются высокой культурой взаимоотношений. Богатые новориши, ослеплённые блеском золота нередко сходят с ума от неожиданно открывшихся возможностей. "Новые русские", попавшие на престижные западные курорты, встречающиеся с западными дипломатами и представителями высшего света, поражают их дикостью нравов.

Брак с точки зрения социального воспроизведения общества и его нравственной чистоты, это самое гениальное изобретение человечества. По христианской морали настоящая любовь начинается только в браке, где индивид полностью раскрепощён и доверился другому.

Семья – спасательная гавань в жизненных перепитиях. Когда в обществе кризис, на улицах разгул преступности, в магазинах всё дорого, на работе идут сокращения, родной дом становится самым нужным, самым желанным и любимым местом на свете.

На различных этапах развития в России развитие семьи происходит со своими особенностями. Под влиянием социально-экономических преобразо-

ваний, происходящих в российском обществе, изменятся характер социальных функций семьи и их иерархия. Во все времена важнейшими функциями семьи являются рождение и воспитание детей, однако значимых других функций постоянно изменяется. Со временем меняется характер выполнения основных семейных ролей (традиционная когда ответственность за семью перед обществом и основная власть в семье принадлежала мужу, а роль женщины сводилась к рождению и воспитанию детей). На современном этапе развития из-за сложности совмещения профессиональных и семейных ролей замужние женщины стали всё чаще ориентироваться на одного ребёнка в семье, а с ростом их образованности и экономической самостоятельности усилились ориентации многих из них на профессиональную карьеру в ущерб ценностям семьи, что способствует дестабилизации брачных отношений и росту разводов.

Проблемы семьи брака.

Выделяются несколько уровней супружеских взаимоотношений, на которых могут происходить конфликты.

Психофизиологический – дисгармония проявляется в нарушении сексуальной жизни. В целом явление это встречается довольно часто, однако как основную причину решения о разводе его отмечают лишь немногие.

Психологический – в семье создается нездоровый климат, проявляющийся в постоянных ссорах, взаимных придирках, раздражительности, которая зачастую вымещается на детях.

Социально-ролевой – конфликт выражен в неправильном, неравномерном распределении семейно-бытовой нагрузки, хаотичности семейного уклада.

Социокультурный (духовный) – конфликты приобретают форму непонимания супругами друг друга, неуважения, отсутствия интереса или неудовлетворенности общением с партнером, неприятия его жизненных ценностей, идеалов.

Причины, вызвавшие конфликт на том или ином уровне, могут быть самыми разнообразными. Но по времени возникновения их можно разделить на две большие группы. Это причины, возникшие непосредственно во время брака, во время совместной жизни и общего ведения хозяйства, и причины, которые объективно существовали до момента создания семьи. Группу причин, объективно существовавших до момента создания семьи, называют факторами риска, так как наличие их в период добрачного знакомства уже таит в себе опасность будущего развода.

Факторы риска связаны как с личностью человека, его происхождением, воспитанием, так и с условиями заключения брака.

К факторам риска относятся:

- большая разница в образовании и в возрасте между супругами (особенно если женщина намного старше);
- склонность к алкоголизму одного из супругов;
- легкомысленное отношение к браку, семье вообще;
- слишком ранний возраст вступления в брак;
- вероятность скорого рождения ребенка;
- слишком малый срок знакомства;
- резкое несогласие родителей на заключение брака;
- брак по принуждению, без взаимного согласия.

Эти факторы дают о себе знать буквально в первые годы совместной жизни и во многом обусловливают то обстоятельство, что более трети разводов приходится на семьи, имеющие стаж совместной жизни от одного до трех лет.

«Результаты опросов показывают, что значительная часть молодых людей (около 1/3) вступали в брак на основе мотивов, лежащих вне семейной сферы: желание уйти из родительского дома, совершить ответственный самостоятельный шаг, отомстить кому-либо или просто за компанию с другом». Такое поверхностное, несерьезное отношение к браку, отсутствие соответствующей мотивации приводят к тому, что перед супругами не возникают задачи самоопределения семьи, выяснения супружеских ролей, внутрисемейного статуса каждого из них, их общих целей.

«В России средний возраст впервые вступающих в брак вообще ниже, чем в Европе и США, и составляет 21,7 года для женщин и 23 – для мужчин. В Западной Европе соответствующие показатели – 25,7 и 28,4. Это связано в первую очередь со спецификой западной системы образования. Причем тенденция к повышению возраста вступления в брак (так называемое взросление браков) у нас пока не наблюдается».

Опасность развода угрожает тем парам, срок знакомства которых до свадьбы был непродолжителен (3-6 месяцев), в этом случае причиной развода может послужить разочарование в партнере и утрата на основе этого первоначального чувства любви.

Таким образом, мы видим, что ряд факторов, отрицательно влияющих на прочность брака, может быть выделен еще до создания семейного очага.

Проблема семьи и брака очень обширна и глубока. Это вопрос, касающийся всего нашего общества. Вытекающая из него проблема рождаемости остро стоит во многих странах в не зависимости от того, зарегистрированы отношения или нет.

Ранее мужчина обеспечивал семью, а женщина растила детей. Сейчас ситуация в корне изменилась: теперь женщина также вынуждена работать – не будет работы, невозможно будет прожить. Это основная проблема, толка-

ющая женщин на отказ от рождения детей. Поэтому лозунги и плакаты с призывами рожать детей, не исправят плачевную ситуацию. Только правительство своими законами может изменить судьбу своей страны. Рожать детей дано женщине от природы, это заложено внутри каждой, поэтому отказ от детей основан лишь на желании выжить.

Тема 20. Национальная интегральная программа профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ)

Неинфекционные заболевания (НИЗ), известные также как хронические болезни, не передаются от человека человеку. Они имеют длительную продолжительность и, как правило, медленно прогрессируют. Четырьмя основными типами неинфекционных заболеваний являются сердечно-сосудистые болезни (такие как инфаркт и инсульт), онкологические заболевания, хронические респираторные болезни (такие как хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет. НИЗ уже сейчас непропорционально поражают страны с низким и средним уровнем дохода, где происходит около 75% всех случаев смерти от НИЗ, то есть 28 миллионов. В настоящее время доказана связь табакокурения с раком лёгких, гортани, почек, мочевого пузыря, желудка, толстой кишки, полости рта, пищевода. Табакокурение также вызывает лейкемию, хронический бронхит, ХОБЛ, ИБС, инсульт, выкидыши, преждевременные роды, врождённые пороки и другие заболевания. Табакокурение сокращает среднюю ожидаемую продолжительность жизни на 15-20 лет, повышает риск возникновения рака лёгких у курильщиков в 20-30 раз, ХОБЛ в 5 – 8 раз. 50% в структуре смертности при табакокурении составляют болезни системы кровообращения, 25% – злокачественные новообразования, 15% – болезни органов дыхания, 10% – другие заболевания.

Приоритетными направлениями профилактики НИЗ являются: реализация Концепции государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 г.; выполнение Государственной программы профилактики, борьбы и контроля неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь на 2015-2020 гг.; развитие волонтерского движения; реализация проектов «Здоровые города, поселки, деревни» во всех регионах республики; формирование ответственного отношения населения к сохранению собственного здоровья; органов власти и организаций; совершенствование работы со средствами массовой информации, использование интернет ресурсов и др. Неинфекционные заболевания имеют большую эпидемиологическую значимость для республики. Необходимо поддерживать приоритет профилактики и контроля НИЗ, снизить влияние факторов риска, в том числе и социальных за счет создания условий, способствующих укреплению здоровья (единой профилактической среды). Настоя-

щие и будущие проблемы в области здравоохранения и в онкологии в частности в значительной мере обусловлены все большим старением населения, снижением рождаемости, миграцией и другими факторами. По Европейскому региону существуют глубокие различия, особенно в отношении предотвратимых видов рака, поскольку мероприятия общественного здравоохранения охватывают лишь некоторые (но далеко не все) группы риска. С другой стороны, наличие таких различий указывает путь к действиям, демонстрируя, что прогресс вполне возможен, если руководители, специалисты и коллективы работают вместе в интересах улучшения здоровья населения. Комплексный характер борьбы против рака заключается в разработке всеобъемлющих национальных программ – от профилактики до паллиативной помощи. Европейская стратегия профилактики и борьбы с онкологическими заболеваниями определяет современные приоритетные направления на трех уровнях:

• у крепление здоровья и предупреждение болезней на уровне населения в целом;

• выявление групп высокого риска, проведение в них целенаправленных мер;

• эффективная помощь пациентам.

Первичная профилактика, особенно борьба против табакокурения, это первый ключевой элемент в этой стратегии, так как злокачественные новообразования характеризуются теми же факторами риска, что и ИБС, инсульт и диабет. Второй ключевой элемент – раннее выявление. В то время как массовый скрининг рака молочной железы и шейки матки проводится в большинстве стран Европейского региона, скрининг колоректального рака только начинает внедряться. Среди рекомендуемых программ скрининга отмечаются значительные расхождения в отношении выбора целевых групп и периодичности проведения. Помимо этого, сегодня на первый план выходят два приоритета: необходимость наличия скоординированных и полных онкологических регистров и тщательный пересмотр условий научных исследований и защиты данных. Кроме того, нужны исследования для ответа на вопрос, почему не предпринимаются действия по профилактике тех болезней и состояний, возможность предупреждения которых достоверно доказана. Совместные усилия, включая обмен опытом, скоординированные научные исследования, а также согласованное и открытое сотрудничество между всеми заинтересованными партнерами, будут еще более содействовать усилиям в этом направлении.

Основные факты

Ежегодно от неинфекционных заболеваний (НИЗ) умирает 38 миллионов человек.

Около 75% – 28 миллионов случаев смерти от НИЗ происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.

16 миллионов людей, умирающих от НИЗ, входят в возрастную группу до 70 лет. 82% этих случаев преждевременной смерти происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.

Сердечно-сосудистые заболевания приводят к большинству случаев смерти от НИЗ – ежегодно от них умирает 17,5 миллионов человек. За ними следуют онкологические заболевания (8,2 миллиона), респираторные болезни (4 миллиона) и диабет (1,5 миллиона).(1)

На эти 4 группы болезней приходится примерно 82% всех случаев смерти от НИЗ.

Употребление табака, недостаточная физическая активность, вредное употребление алкоголя и нездоровое питание увеличивают риск заболевания и смерти от НИЗ.

Неинфекционные заболевания (НИЗ), известные также как хронические болезни, не передаются от человека человеку. Они имеют длительную продолжительность и, как правило, медленно прогрессируют. Четырьмя основными типами неинфекционных заболеваний являются сердечно-сосудистые болезни (такие как инфаркт и инсульт), онкологические заболевания, хронические респираторные болезни (такие как хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет.

НИЗ уже сейчас непропорционально поражают страны с низким и средним уровнем дохода, где происходит около 75% всех случаев смерти от НИЗ, то есть 28 миллионов.

Кто подвергается риску таких заболеваний?

НИЗ распространены во всех возрастных группах и всех регионах. Эти заболевания часто связывают с пожилыми возрастными группами, но фактические данные свидетельствуют о том, что 16 миллионов людей, умирающих от НИЗ, входят в состав возрастной группы до 70 лет. 82% этих случаев преждевременной смерти происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. Дети, взрослые и пожилые люди – все уязвимы перед факторами риска, способствующими развитию неинфекционных заболеваний, такими как нездоровое питание, недостаточная физическая активность, воздействие табачного дыма или вредное употребление алкоголя.

На развитие этих заболеваний влияют такие факторы, как старение, быстрая незапланированная урбанизация и глобализация нездорового образа жизни. Например, глобализация такого феномена, как нездоровое питание, может проявляться у отдельных людей в виде повышенного кровяного давления, повышенного содержания глюкозы в крови, повышенного уровня липидов в крови, излишнего веса и ожирения. Эти состояния называются про-

межуточными факторами риска, которые могут приводить к развитию сердечно-сосудистого заболевания.

Факторы риска

Изменяемые поведенческие факторы риска

Употребление табака, недостаточная физическая активность, нездоровое питание и вредное употребление алкоголя повышают риск развития НИЗ.

Ежегодно табак приводит почти к 6 миллионам случаев смерти (включая воздействие вторичного табачного дыма) и, по прогнозам, это число возрастет к 2030 году до 8 миллионов случаев.

Около 3,2 миллиона ежегодных случаев смерти могут быть связаны с недостаточной физической активностью.(1)

Половина из 3,3 миллиона ежегодных случаев смерти от вредного употребления алкоголя происходит в результате НИЗ.1

1,7 миллиона ежегодных случаев смерти от сердечно-сосудистых причин в 2010 году связывались с чрезмерным потреблением соли/натрия. (2)

Метаболические/физиологические факторы риска

Такие формы поведения приводят к четырем метаболическим/физиологическим изменениям, повышающим риск развития НИЗ, таким как повышенное кровяное давление, излишний вес/ожирение, гипергликемия (высокие уровни глюкозы в крови) и гиперлипидемия (высокие уровни жира в крови).

С точки зрения обусловленного числа случаев смерти основным фактором риска развития НИЗ в глобальных масштабах является повышенное кровяное давление (с ним связано 18% глобальных случаев смерти). За ним следуют излишний вес и ожирение и повышенное содержание глюкозы в крови. В странах с низким и средним уровнем дохода наблюдается самый быстрый рост числа детей раннего возраста с излишним весом.

Каковы социально-экономические последствия НИЗ?

НИЗ ставят под угрозу прогресс на пути достижения выдвинутых ООН Целей тысячелетия в области развития и деятельность после 2015 года. Нищета тесно связана с НИЗ. По прогнозам, быстрый рост бремени этих заболеваний препятствует проведению инициатив по уменьшению масштабов нищеты в странах с низким уровнем дохода, особенно в связи с возрастанием расходов семей на медицинскую помощь. Уязвимые и социально обездоленные люди болеют больше и умирают раньше, чем люди, занимающие более высокое социальное положение, особенно из-за того, что они подвергаются более высокому риску воздействия со стороны таких вредных продуктов, как табак или нездоровые пищевые продукты, и имеют ограниченный доступ к службам здравоохранения.

В условиях ограниченных ресурсов расходы на лечение сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, диабета или хронических болезней легких могут быстро истощить семейные ресурсы и повергнуть семьи в нищету. Из-за непомерных расходов, связанных с НИЗ, включая зачастую длительное и дорогостоящее лечение и потерю кормильцев, ежегодно миллионы человек оказываются за чертой бедности, что тормозит развитие.

Во многих странах вредное употребление алкоголя и нездоровые питание и образ жизни имеют место в группах как с высоким, так и с низким уровнем дохода. Однако группы с высоким уровнем дохода имеют доступ к службам и препаратам, защищающим их от самых высоких рисков, в то время как для групп с низким уровнем дохода такие препараты и службы часто являются не доступными по стоимости.

Профилактика НИЗ и борьба с ними

Для уменьшения воздействия НИЗ на людей и общество необходим всесторонний подход, требующий совместной работы всех секторов, включая здравоохранение, финансы, международные отношения, образование, сельское хозяйство, планирование и другие, с целью уменьшения рисков, связанных с НИЗ, а также для проведения мероприятий по профилактике и борьбе с ними.

Одним из важнейших способов уменьшения бремени НИЗ является направление усилий на уменьшение факторов риска, связанных с этими болезнями. Существуют недорогие способы уменьшения распространенных изменяемых факторов риска (в основном, употребления табака, нездорового питания и недостаточной физической активности, а также вредного употребления алкоголя) и картографирования эпидемии НИЗ и факторов риска их развития.

Другими способами уменьшения бремени НИЗ являются основные высокоэффективные мероприятия по укреплению раннего выявления и своевременного лечения заболеваний, которые могут проводиться в рамках первичной медико-санитарной помощи. Фактические данные свидетельствуют о том, что такие мероприятия являются отличными экономическими инвестициями, потому что они, при их своевременном проведении, могут уменьшать необходимость в более дорогостоящем лечении. Наибольший эффект может быть достигнут путем разработки общественной политики, направленной на укрепление здоровья, которая стимулирует профилактику НИЗ и борьбу с ними и переориентирует системы здравоохранения на удовлетворение потребностей людей с такими заболеваниями.

Страны с более низким уровнем дохода, как правило, имеют меньший потенциал для профилактики НИЗ и борьбы с ними.

Вероятность того, что страны с высоким уровнем дохода имеют службы в области НИЗ, на которые распространяется медицинское страхование, в 4 раза выше аналогичного показателя в странах с низким уровнем дохода. Маловероятно, что страны с ненадлежащим медицинским страхованием смогут обеспечить всеобщий доступ к основным мероприятиям по борьбе с НИЗ.

Деятельность ВОЗ

План действий для проведения глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2008-2013 гг. предоставляет государствам-членам, ВОЗ и международным партнерам рекомендации в отношении принятия в мер для борьбы с НИЗ.

ВОЗ также принимает меры, направленные на уменьшение факторов риска, связанных с НИЗ.

Под руководством ВОЗ более 190 стран в 2011 году достигли согласия в отношении глобальных механизмов для снижения бремени предотвратимых НИЗ, включая Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 годы Этот план направлен на сокращение числа случаев преждевременной смерти от НИЗ на 25% к 2025 году с помощью 9 добровольных глобальных целей. Эти 9 целей, в частности, предусматривают борьбу с такими факторами, как употребление табака, вредное употребление алкоголя, нездоровый режим питания и недостаточная физическая активность, которые увеличивают риск развития этих заболеваний у человека.

В плане предлагается ряд наиболее выгодных или экономически целесообразных и высокоэффективных мер для достижения 9 добровольных глобальных целей, таких как введение запрета на все виды рекламы табака и алкоголя, замена трансжиров полиненасыщенными жирами, расширение и защита практики грудного вскармливания, а также профилактика рака шейки матки с помощью скрининга.

В 2015 году страны приступят к установлению национальных целевых ориентиров и оценке достигнутого прогресса в отношении базовых показателей 2010 года, указанных в "Докладе о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014 год". Генеральная Ассамблея ООН проведет в 2018 году третье совещание высокого уровня по НИЗ для рассмотрения прогресса в достижении странами добровольных глобальных целей к 2025 году.

Тема 21. Экология и здоровье. Медико-социальные последствия аварии на ЧАЭС и меры защиты населения

После аварии изменилось состояние здоровья населения республики, наблюдается рост онкологических заболеваний и смертности по их причине, рост заболеваемости по всем классам болезней (И.В. Пантюк). Например, увеличился рост заболеваемости раком щитовидной железы.

После аварии за период наблюдения с 1986 г, по 2001 г. среди облученных в возрасте 0-18 лет и внутриутробно облученных выявлено 1685 заболевших раком щитовидной железы; у взрослого населения за 17 послеаварийных лет выявлено более 6,4 тыс. случаев рака щитовидной железы. Это обусловлено тем, что в начальный период после аварии неправильно проводилась йодная профилактика и высокая нагрузка на щитовидную железу за счет радионуклидов йода. Прогнозируется, что до 2036 г. возможно развитие около 15 тыс. случаев радиационно-индуцированного рака щитовидной железы.

Среди населения, проживающего в зонах первоочередного и последующего отселения, а также отселенного и самостоятельно выехавшего из этих зон после аварии, за период с 1993 по 2002 гг. зарегистрировано 2448 впервые выявленных случаев злокачественных новообразований, что составило 40 % от всех выявленных случаев среди пострадавшего населения.

У пострадавшего населения увеличилась заболеваемость органов пищеварения, системы кровообращения, нервной системы, органов дыхания и эндокринной системы в структуре первичной заболеваемости.

У лиц, подвергнувшихся воздействию радиационного облучения, отмечается снижение уровня психической адаптации, вызванное неуверенностью в себе, неустойчивой самооценкой и пессимистической оценкой будущего. Отмечается повышенная истощаемость нервной системы, снижение работоспособности. В целом у 74% пострадавших отмечается повышенная соматизация тревожных ожиданий, высокая распространенность дезадаптационных форм поведения.

В настоящее время продолжается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы, мочевого пузыря, почек, легких. Наблюдаются неблагоприятные тенденции роста генетических аномалий, т.е. увеличилась частота рождаемости детей с врожденными пороками развития (ВПР). С 1979 г. функционирует Реестр врожденных пороков развития. В 1995 г. показатель частоты ВПР на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми составлял 18,36%, в 1996 г. – 22,52%, в 1997 г. – 23,0%, в 1998 г. – 27,07%. Анализ отдельных видов врожденных пороков строгого учета показал, что в период интенсивного возрастания их частоты наблюдался наибольший прирост множественных пороков и полидактилий, т.е. тех пороков развития, в происхождении которых большой вклад вносят мутации. Их основной причиной является радиационный фактор (И.В. Пантюк).

Происходит постоянное увеличение числа детей с хронической патологией. 1-е место – высокая заболеваемость раком щитовидной железы (увеличение в 50 раз), 2-е место – болезни органов пищеварения (в 3,74 раза), 3-е место – болезни уха, горла носа и эндокринной системы (в 1,97 раза). Нега-

тивные тенденции наблюдаются в состоянии здоровья детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях. У них наблюдаются высокие показатели общей заболеваемости, хронической патологии ЛОР-органов, болезней органов пищеварения, эндокринной системы, функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы. По сравнению со своими сверстниками из наиболее экологически благополучных районов у них отмечается и более низкая умственная работоспособность.

Наиболее выраженные изменения в динамике заболеваемости выявлены среди лиц, принимавших участие в ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС. По состоянию на 1 января 1999 г. в стране насчитывалось 115 578 участников ликвидации аварии, из них 4545 инвалидов. Более 60% из них имеют хронические заболевания. У ликвидаторов отмечается самый низкий среди всего пострадавшего населения процент здоровых (3,3 %), самый высокий больных (86,2 %).

В период 1993-2002 гг. среди ликвидаторов отмечался рост заболеваемости злокачественными новообразованиями легкого, мочевого пузыря, кожи, желудка по сравнению с контрольной группой. Особого внимания заслуживает динамика заболеваемости раком желудка, ежегодно увеличивается в среднем на 9,7 %. Отмечается высокая заболеваемость щитовидной железы, сердечно-сосудистой системы, нервной системы, костно-мышечной системы.

Медицинское обеспечение пострадавшего населения ведется по следующим направлениям:

♦ развитие специализированных видов медицинской помощи на основе характерных для данной территории тенденций заболеваемости;

♦ специальная диспансеризация пострадавшего населения;

♦ ведение Государственного регистра лиц, пострадавших от аварии на ЧАЭС;

♦ приоритетное развитие превентивных мер по преодолению медицинских последствий катастрофы.

Важная роль в медицинском обеспечении пострадавшего населения принадлежит выездным диагностическим бригадам, работа которых осуществляется по графику, утвержденному Министерством здравоохранения Республики Беларусь, координируется Республиканским научно-практическим центром радиационной медицины и экологии совместно с Международной федерацией Общества Красного Креста.

В настоящее время Министерством здравоохранения Республики Беларусь разработана новая Концепция оказания медицинской помощи пострадавшему населению, которая исходит из того, что латентный период развития радиогенных эффектов в основном завершен и наступает этап возможно-

го их проявления в популяции пострадавшего населения, что подтверждается специальными эпидемиологическими исследованиями.

Основными принципами концепции являются:

♦ ограничение наблюдаемых когорт по дозовому принципу с выделением групп повышенного радиационного риска для оптимизации проводимой диспансеризации, повышение ее эффективности, снижение затратности;

♦ увеличение объемов профилактических мероприятий;

♦ совершенствование оказания специализированной медицинской помощи и внедрение современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения;

♦ первоочередное оснащение медицинских учреждений аппаратурой, обеспечивающей снижение дозовых нагрузок за счет облучения в медицинских целях;

♦ повышение эффективности реабилитационных мероприятий;

♦ стандартизация объемов обследования и лечения;

♦ научно-методическое, информационное и материально-техническое обеспечение проводимой диспансеризации;

♦ совершенствование профессиональной подготовки и переподготовки медицинского персонала.

Для пострадавших от аварии на ЧАЭС характерен и ряд психологических проблем. Так, в ходе многочисленных социологических и психологических исследований, проводимых в Республике Беларуси, выявлены:

1) негативные изменения в психическом состоянии и поведении взрослых и детей, как проживающих на загрязненных территориях, так и переселившихся оттуда в другие регионы страны. Учеными зафиксированы низкий уровень психосоциальной активности, работоспособности большого количества детей и взрослых; замедление темпов психического развития детей и подростков; тенденция к алкоголизации, употреблению наркотиков;

2) государственные структуры после аварии оказались неготовыми к охране и защите прав пострадавшего населения, к созданию таких социально-психологических условий, которые благоприятствовали бы нормальной жизнедеятельности взрослых и нормальному развитию личности детей. Выявлены факты недоверия, противостояния жителей загрязненной зоны по отношению к тем, кто призван обеспечить помощь на местах. Многие пострадавшие были не удовлетворены работой местных органов власти и представителей общественных организаций;

3) малочисленность квалифицированных специалистов по социально-психологической помощи отрицательно сказывается на характере и эффективности реабилитационных мероприятий.

Данные экспертных групп МАГАТЭ и США (1989), миссий Международного Красного Креста (февраль 1990), Европейского отделения ВОЗ (1989,1990) обратили внимание на недооценку психологического аспекта во время Чернобыльской аварии и в постчернобыльский период, так как для разрешения психологических проблем, имеющих значительный соматический фон, по мнению психологов и медиков, неприменимы в полной степени ни классическая концепция неврозов, ни учение о посттравматическом стрессе.

Социологические исследования продолжают фиксировать высокий уровень психологического напряжения, вызываемого как последствиями аварии, так и сложной социально-экономической обстановкой в стране. Установлено, что 91 % опрошенного населения испытывают психологическое напряжение различной степени, основными причинами которого являются: состояние здоровья (64,4%); материальные проблемы семьи (55,3%); состояние здоровья детей (44,4%); падение жизненного уровня (34,6%); ожидание заболеваний от аварии на ЧАЭС (32,5 %); безразличное отношение властей к пострадавшему населению (23,1%).

У ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС обнаружены высокий уровень личностной тревожности, эмоциональная лабильность, ригидность, интроверсия, гипотимия и фрустрированность. Данные личностные особенности проявлялись неуверенностью в своих силах, ощущением социальной незащищенности, пассивностью, депрессивной настроенностью по отношению к своему состоянию, пессимизмом в плане собственных перспектив, неверием в «обещания» официальных государственных структур. Определенные льготы расценивались ликвидаторами как обстоятельства, облегчающие существование в ухудшающихся социально-экономических и медико-демографических условиях. Стремление к получению «выигрыша» от болезни проявлялось в виде частых госпитализаций для получения социальных льгот [Петрюк П.Т., Якущенко И.А. Некоторые психологические особенности у ликвидаторов последствий чернобыльской катастрофы. – Минск, 1998 г.].

Среди ликвидаторов распространенность различных психических нарушений оказалась наибольшей – 84,4%, существенную долю в них занимают депрессии.

Проведенная научно-исследовательская и практическая работа выявила негативные изменения прежде всего в эмоциональном развитии детей и подростков: отмечаются повышение личностной тревожности, снижение уровня самочувствия, активности, настроения. У подростков в процессе формирования позиции жертвы снижается чувство собственной роли в своем

настоящем и будущем. Они ожидают снижения продолжительности собственной жизни, не видят жизненных перспектив.

Таким образом, основным механизмом нарушения психического здоровья у населения, проживающего на загрязненной территории, является психосоматический механизм, основанный на оценке радиационного риска.

Для снятия напряжения респондентами используются: прием успокоительных средств (36,6%); обращение к врачам (18,6%); скандалы, раздражение (16,3%); посещение церкви (13,6%); посещение реабилитационного центра (13,6%); поиск развлечений (12,2%). Пострадавшее население осознает свою потребность в психологической помощи и называет свои конкретные потребности: снятие нервного напряжения (36,6%); преодоление проблем со здоровьем (35,3%); умение расслабляться (20%); доброе человеческое отношение (19,7%); помощь для решения семейных проблем (7,1%); человеческое участие (6,8%).

Следует отметить и социальные проблемы Чернобыля. На территории пострадавших районов закрыто более 600 школ и детских садов, 95 больниц, 54 крупных сельскохозяйственных объединений, более 300 объектов народного хозяйства, более 5,5 сотни предприятий торговли, общественного питания, бытового обслуживания. С загрязненных территорий переселено 135 тыс. жителей. Переселенцы, граждане, жившие на загрязненных территориях, на 90% обеспечены школами, детскими садами, медицинскими учреждениями; на 85% – педагогическими и медицинскими кадрами. В настоящее время наблюдается текучесть кадров, причины которой заключаются в необеспеченности жильем, низкой заработной платой, боязнью за здоровье детей и семьи, проблемах с транспортом, дорогами и пр.

В настоящее время наибольшую тревогу у населения пострадавших регионов вызывает снижение жизненного уровня, рост преступности, отсутствие эффективной социальной защиты. Проблема радиационной безопасности за последние годы переместилась на 4-5 место.

Подавляющее большинство респондентов убеждены в том, что преодолению последствий катастрофы мешают:

1) социально-экономическая нестабильность и, как следствие, недостаточное выделение средств на социальную защиту;

2) неадресное выделение средств;

3) бюрократизация и некомпетентность органов управления.

Следует отметить, что сегодня также снижается интерес международной общественности к проблемам Чернобыля.

Тема 22. Профессия, труд и здоровье, профессиональные болезни

Профессиональные болезни – заболевания, возникающие при воздействии на организм неблагоприятных профессиональных факторов. Они представляют собой неспецифические, но характерные клинические синдромы и формы болезней, возникновение и развитие которых этиологически связано с воздействием только определенных условий труда, или заболевания, которые встречаются при работе с данными факторами закономерно более часто, чем при иных условиях. Различают профессиональные заболевания от воздействия химических веществ (свинец, ртуть, марганец, бензол и др.), производственной пыли (кремниевая, угольная и др.), различных физических факторов производственной среды (шум, вибрация, ионизирующая радиация и др.), неблагоприятных метеорологических условий (высокая температура и др.), изменений атмосферного давления (пониженное или повышенное давление), физических перенапряжений и травматизации. Профессиональными болезнями могут быть также некоторые инфекционные и паразитарные заболевания (например, бруцеллез у работающих с инфицированными животными).

Профессиональные болезни занимают небольшой удельный вес в общей заболеваемости работающих. Многие профессиональные болезни полностью ликвидированы. В профилактике профессиональных болезней большую роль играют систематическое оздоровление и тщательный контроль за условиями труда, а также предварительные и периодические медосмотры. Задачей предварительных осмотров является выявление лиц, страдающих заболеванием, при котором контакт с данным профессиональным фактором противопоказан. Задачей периодических медосмотров является систематический контроль за состоянием здоровья работающих и своевременное выявление у них соматических заболеваний, препятствующих продолжению работы, а также выявление начальных отклонений, обусловленных воздействием факторов производственной среды, и назначение терапевтических мероприятий заболевшим, а также разработка мер, направленных на улучшение условий труда работающих. Больные профессиональными заболеваниями подлежат переводу на работы, не связанные с данными вредными производственными факторами, без ущерба в заработной плате; при необходимости амбулаторному, или стационарному, или курортному лечению. В случае снижения или потери трудоспособности больных направляют на ВТЭК для определения группы инвалидности по профессиональному или общему заболеванию.

Профессиональные болезни – заболевания, возникающие при воздействии профессиональных вредностей.

Выраженность клинических проявлений профзаболеваний находится в зависимости от длительности и интенсивности воздействия профессиональных вредностей, существенное значение имеет также состояние резистентности и реактивности организма. В клинической картине П. б. находят отражение как неспецифические реакции организма на повреждающее воздействие, так и особенности, обусловленные специфичностью биологического действия на организм отдельных факторов производственной среды (ферментное действие, избирательное поражение отдельных органов и систем и т. д.). В выраженных стадиях профессиональные болезни отличаются известной стереотипией ведущих проявлений патологического процесса, позволяющей дифференцировать их от форм, близких к формам общей патологии.

В ранних стадиях синдромы профзаболеваний носят неспецифический характер. Установление этиологической связи заболевания с профессией основывается в таких случаях на анамнестических данных, наличии аналогичных заболеваний среди профессиональной группы, а также на детальном изучении условий труда.

В соответствии с этиологическим принципом принята следующая классификация профзаболеваний.

1. Профессиональные болезни токсической этиологии.

2. Профессиональные болезни пылевой этиологии [пневмокониозы, пылевые бронхиты].

3. П. б., обусловленные ионизирующим облучением [лучевая болезнь] и электромагнитными колебаниями.

4. П. б., вызванные воздействием производственного шума и вибрации [профессиональная тугоухость, вибрационная болезнь].

5. П. б., вызванные воздействием неблагоприятных метеорологических условий [перегревание организма, судорожная болезнь и т. д.].

6. П. б., обусловленные изменением атмосферного давления [высотная болезнь, кессонная болезнь (Декомпрессионные заболевания)].

7. Профессиональные болезни, вызванные статическим перенапряжением мышц и опорно-двигательного аппарата, вынужденной позой, микротравмой нервов.

8. Инфекционные и паразитарные заболевания у лиц, вынужденных по профессиональным обязанностям вступать в контакт с зараженным материалом или обслуживать инфекционных больных (антропозоонозы, туберкулез, эпидемический гепатит и др.).

В клинических целях применяют принцип системной классификации профзаболеваний в зависимости от преимущественной локализации патологического процесса: профессиональные болезни кожи, органов дыхания, системы крови, нервной системы и т. п. Такое деление дает возможность вы-

явить как общие закономерности, так и особенности, связанные с действием различных факторов.

В России благодаря широко и систематически проводимым оздоровительным мероприятиям резко сократилось число профзаболеваний и почти полностью исчезли их тяжелые формы. Основное внимание уделяется изучению ранних проявлений профессиональных болезней и их профилактике. Выявление начальных форм обеспечивает эффективность лечения и профилактики П. б. Особую профилактическую значимость приобретают обязательные предварительные и периодические медосмотры рабочих так называемых вредных профессий, осуществляемые врачами медико-санитарной службы промышленных предприятий.

Таким образом, профессиональные вредности (производственные)-это факторы производственной среды, а также особенности трудового процесса, способные оказать неблагоприятное действие на организм работающего и привести к заболеванию последнего.

Классификация профвредностей:

1 – химические факторы;

2 – фиброгенные пыли;

3 – физические (шум, вибрация и пр.);

4 – физические перегрузки (статические и динамические: подъем и перенос тяжестей, неудобное положение тела, гипокинезия и пр.);

5 – климатические параметры;

6 – биологические (патогенные микроорганизм, биологические пестициды, спорообразующая микрофлора животноводческих помещений и пр.);

7 – нервно – психические перегрузки (умственное перенапряжение);

8 – эмоциональные перегрузки, перенапряжение анализаторов.

Специфическим последствием воздействия профессиональных вредностей являются профессиональные заболевания и профессиональные отравления.

Профессиональное заболевание – заболевание, вызванное воздействием вредного фактора в условиях производства и подтвержденное в установленном порядке. Проф. заболевание имеет законодательно-страховое значение. Список профзаболеваний утверждается в законодательном порядке.

Профессиональное отравление – заболевание, возникающее при воздействии на организм химического вещества при работе с ним в неблагоприятных условиях производственной среды. Это может быть острая или хроническая интоксикация. Острая интоксикация возникает в результате однократного воздействия относительно больших количеств яда, хронические – развиваются в результате систематического влияния на организм таких количеств химического вещества, которое не вызывает острого отравления.

Общепринятой классификации профзаболеваний нет. Так, в вашем учебнике приводится классификация по этиологическому признаку, предложенная Н.Ф. Измеровым в 1996 году. В соответствии с этой классификацией все профзаболевания делят на 5 основных групп:

1 – заболевания, вызываемые воздействием химических факторов;

2 – заболевания, вызываемые воздействием промышленных аэрозолей;

3 – заболевания, вызываемые воздействием физических факторов;

4 – заболевания, связанные с физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем;

5 – заболевания, вызываемые действием биологических факторов.

Кроме данной классификации, существует деление профзаболеваний на 2 большие группы: специфические и неспецифические. Специфические профзаболевания вызываются исключительно или преимущественно профессиональными факторами (пневмокониозы, вибрационная болезнь, лучевая болезнь и пр.). Специфические профзаболевания имеют своеобразную клиническую картину. Неспецифические профзаболевания могут быть обусловлены не только профессиональными, но и другими неблагоприятными факторами (хронические бронхиты у рабочих «пылевых» профессий, пояснично-крестцовый радикулит у рабочих, занятых тяжелым физическим трудом и пр.).

Иногда в классификации используют системно – органный признак (профессиональные заболевания нервной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и пр.).

Основные направления профилактики профзаболеваний на производстве осуществляется посредством мероприятий по оздоровлению условий труда, проводимых по нескольким направлениям:

1 – мероприятия законодательного порядка – гигиеническое нормирование – установление ПДК и ПДУ вредных производственных факторов, а также систематический контроль за их соблюдением;

2 – технологические мероприятия – непрерывные технологии, автоматизация и механизация производственных процессов, дистанционное управление и пр.;

3 – санитарно – технические мероприятия – местное укрытие пылящего оборудования, герметизация и укрытие оборудования, увлажнение перерабатываемых материалов и пр.;

4 – использование средств индивидуальной защиты;

5 – лечебно – профилактические мероприятия – предварительные и периодические медицинские осмотры работающих, лечебно – профилактическое питание и пр.

Для каждого конкретного производственного процесса и каждой конкретной профвредности разрабатываются конкретные специфические мероприятия по профилактике профзаболеваний. На последующих лекциях и на лабораторных занятиях мы будем более подробно на них останавливаться.

Более подробно рассмотрим вопросы законодательно – страхового значения профессиональных заболеваний. На предприятиях любой формы собственности медицинские осмотры работающих проводятся в соответствии со следующими приказами:

- МЗ и МП РФ № 90 от 14.03.1996 г. «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентов допуска к профессии»

- МЗСР России № 83 от 16.08.2004г. «Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований)».

Целью предварительных осмотров является определение соответствия (несоответствия) здоровья гражданина его будущей работе. Гражданин приходит на осмотр с направлением от работодателя, в котором указаны профессия, вредные, опасные вещества и производственные факторы, в условиях воздействия которых он будет работать. Кроме направления, гражданин должен иметь паспорт (или другой документ, удостоверяющий личность) и военный билет.

Члены комиссии при осмотре руководствуются общими и дополнительными противопоказаниями, изложенными в Приложениях к приказу № 90. После окончания осмотра председатель комиссии врач-профпатолог дает окончательное заключение о соответствии (несоответствии) состояния здоровья гражданина предъявляемым требованиям для работы по данной профессии. В случае недопуска к работе председатель комиссии выносит вопрос на заседание клинико-экспертной комиссии (КЭК). Решение о недопуске к работе (копия) пересылается в 3-хдневный срок работодателю, выдавшему направление.

Периодические осмотры проводят врачи ЛПУ любой формы собственности, имеющего лицензию на проведение периодических медицинских осмотров. Каждый член комиссии должен обладать знаниями не только по своей специальности (сертификат специалиста), но и по профессиональной патологии.

Контингенты работающих, подлежащих периодическим медицинским осмотрам, определяют специалисты органов санитарно – эпидемиологического надзора совместно с работодателями по цехам и профессиям с указанием вредного производственного фактора. Между работодателем и ЛПУ за-

ключается договор о финансировании осмотров. Не позднее 1 декабря текущего года работодатель составляет список работников, подлежащих осмотру, с указанием производства, цехов, профессий, вредных производственных факторов. Руководитель ЛПУ издает приказ о составе комиссии и календарном плане – графике проведения осмотров.

В комиссию должны входить врачи разных специальностей в зависимости от тех вредных производственных факторов, с которыми имеют контакт работники. Состав комиссии определяется в соответствии с Приложением № 1 к приказу № 90. Данные обследования записываются в амбулаторную карту утвержденного образца и карту подлежащего периодическим медицинским осмотрам. На отдельном листе в амбулаторной карте должен быть обозначен «профмаршрут» работника (цех, профессия, стаж, вредные производственные факторы). Председатель комиссии (врач-профпатолог) дает окончательное заключение о состоянии здоровья обследуемого, его соответствии (несоответствии) выполняемой работе, о переводе на другую временную или постоянную работу. Углубленные медицинские осмотры специалистами областных центров профпатологии проводятся согласно указанной в приказе № 90 периодичности с привлечением ведущих специалистов и наиболее современного оборудования.

По результатам осмотра в ЛПУ составляется заключительный акт, в котором представлены основные данные осмотра. Составляет его председатель комиссии – врач-профпатолог с участием врачей других специальностей, представителей санитарно – эпидемиологического надзора, профсоюзной организации работодателя.

Документы, необходимые для обследования в центре профпатологии, служащие основанием для подтверждения профессиональной причины заболевания:

- направление с указанием цели медицинского обследования и предполагаемого профессионального диагноза;

- копия трудовой книжки, подтверждающая его трудовой стаж на предприятии, где могла возникнуть профессиональная болезнь. Копия заверяется отделом кадров по месту работы.

- санитарно – гигиеническая характеристика условий труда;

- выписка из амбулаторной карты с данными предварительного и периодических медицинских осмотров, также указываются все перенесенные заболевания, время их возникновения;

- производственная характеристика с указанием вредных привычек больного.

В санитарно – гигиенической характеристике условий труда необходимо описание конкретных неблагоприятных факторов производства, их пара-

метров, длительности контакта больного с ними. Обязательно указываются количественные значения вредного производственного фактора в сравнении с их ПДК или ПДУ, а также класса условий труда по степени вредности и опасности. При подозрении на хроническое отравление необходимы данные о среднесменной ПДК (если она есть), а при остром отравлении – о максимальной разовой концентрации вредного производственного фактора.

Санитарно – гигиеническая характеристика условий труда выдается органами санитарно – эпидемиологического надзора по запросу ЛПУ (на основании извещения о подозрении на профзаболевание). В течение 15 дней со дня получения запроса врач – гигиенист или эпидемиолог составляет ее в 3-х экземплярах с подписями профильного специалиста, главного врача и печатью. Первый экземпляр отсылается по запросу ЛПУ, второй – на предприятие, третий экземпляр остается в органах санитарно – эпидемиологического надзора.

Установление связи инфекционного или паразитарного заболевания с профессией проводится с обязательным участием врача – инфекциониста ЛПУ и врача – эпидемиолога органов санитарно – эпидемиологического надзора. Основным документом, кроме санитарно – гигиенической характеристики условий труда, удостоверяющим связь инфекционного и паразитарного заболевания с профессией, является карта эпидемиологического обследования. Особо сложные случаи рассматриваются Федеральным центром профпатологии (ГУ НИИ медицины труда РАМН).

Работодатель обязан составить в течение месяца список работников, подлежащих осмотру, указать цеха, профессии, вредные и опасные производственные факторы на их рабочем месте, стаж работы в этих условиях; своевременно направить работников на осмотр с направлением, выданным им на руки. Он обеспечивает работников картами профосмотров, в которые вносятся данные осмотра и заключение о возможности (невозможности) работать по состоянию здоровья. Наконец работодатель несет ответственность за допуск к работе лиц, не прошедших осмотр или не допущенных к работе по состоянию здоровья.

При остром профессиональном заболевании (отравлении) предварительный диагноз устанавливается учреждением здравоохранения. В течение суток направляется экстренное извещение в органы санитарно – эпидемиологического надзора, осуществляющего надзор за объектом, где произошло острое профессиональное заболевание и сообщение работодателю. Органы санитарно – эпидемиологического надзора в течение суток расследуют случай острого профессионального заболевания и составляют характеристику условий труда. Учреждения здравоохранения на основании клинических

данных и санитарно – гигиенической характеристики условий труда устанавливают диагноз острого профессионального заболевания.

При установлении предварительного диагноза хронического профессионального заболевания (отравления) извещение о нем ЛПУ в 3-хдневный срок направляет в органы санитарно – эпидемиологического надзора, которые в течение 2-х недель представляют в ЛПУ санитарно – гигиеническую характеристику условий труда заболевшего. ЛПУ в месячный срок должно отправить пострадавшего в центр профпатологии для установления (неустановления) заключительного диагноза. Областной центр профпатологии при решении вопроса о связи заболевания с профессией в 3-хдневный срок направляет извещение об этом в органы санитарно – эпидемиологического надзора, работодателю, страховщику и в ЛПУ, направившее больного, и выдает его работнику.

Порядок расследования, которое должен организовать работодатель, следующий. В течение 10 дней после получения извещения о заключительном диагнозе работодатель должен организовать комиссию во главе с главным врачом органа санитарно – эпидемиологического надзора в составе:

- представителя работодателя,
- специалиста по охране труда или ответственного за это лица, назначенного работодателем,
- представителя ЛПУ,
- представителя профсоюзного или иного уполномоченного работниками представительного органа.

В расследовании могут принимать участие и другие специалисты. Пострадавший работник имеет право на личное участие в расследовании.

Комиссия устанавливает причины профессионального заболевания, определяет лиц, допустивших нарушение требований санитарно – эпидемиологических правил или нормативных документов, а также меры по устранению и предупреждению его возникновения. Комиссией составляется акт о случае профессионального заболевания. Он составляется в 3-хдневный срок в 5 экземплярах:

- для работника,
- для работодателя,
- для органов санитарно – эпидемиологического надзора,
- для ЛПУ,
- для страховщика.

Акт подписывается всеми членами комиссии, утверждается главным врачом органа санитарно – эпидемиологического надзора, хранится 75 лет там же и в организации, где проводилось расследование.

Для лиц с профессиональными заболеваниями компенсация ущерба здоровью осуществляется в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с повреждением здоровья застрахованного, на его медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию, включая расходы на дополнительную медицинскую помощь (сверх предусмотренной по обязательному медицинскому страхованию), в том числе на дополнительное питание и приобретение лекарств; на посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход за застрахованным, в том числе осуществляемый членами его семьи; санаторно-курортное лечение, включая оплату отпуска (сверх ежегодно оплачиваемого отпуска, установленного законодательством РФ) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, а в необходимых случаях также стоимость проезда сопровождающего его лица к месту лечения и обратно, их проживание и питание; на протезирование, а также на обеспечение приспособлениями, необходимыми застрахованному для трудовой деятельности и в быту; на обеспечение специальными транспортными средствами, их текущий и капитальный ремонты, на горюче – смазочные материалы; на профессиональное обучение (переобучение).

Выплаты компенсаций определены Федеральным Законом № 125-ФЗ от 24.07.98г. «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и Постановлением Правительства РФ от 16.10.2000г. «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Система гигиенического нормирования – один из важнейших инструментов государственной политики в области охраны здоровья человека. Необходимо не только установить гигиенические нормативы, но и решить сложные вопросы гигиенической диагностики, определить риск и возможный ущерб для здоровья человека при воздействии факторов окружающей среды.

Концепция регламентирования факторов окружающей среды впервые была разработана в области гигиены труда еще в 20-е годы прошлого столетия. Первоначально в СССР, а затем в США и других странах в санитарные законодательства были введены предельно допустимые концентрации (ПДК) содержания вредных веществ в воздухе рабочей зоны. В 1930-50-е годы были заложены основы методологии гигиенического нормирования химических веществ в воде водоемов, атмосферном воздухе населенных мест, почве, продуктах питания.

Отличительная черта отечественных гигиенических нормативов, которая связана с учетом всех прямых и косвенных влияний на состояние здоровья человека и условия его жизни, установлением ПДК по наиболее чувствительному лимитирующему показателю, стала сегодня существенным ограни-

чением для использования нормативов при решении задач гигиенической диагностики. В реальных условиях, когда человек подвергается не изолированному воздействию какого-либо одного вещества, поступающего в организм конкретным путем (через воздух или воду), а сложному многофакторному воздействию: комбинированному (воздействие одинаковых по своей природе факторов, например, химических веществ); сочетанному (воздействие разных по своей природе факторов, например, вибрации и химических веществ); комплексному (поступление различными путями: через органы дыхания, с пищей и водой, через кожные покровы), перед наукой и практикой стоит задача не только установления гигиенических нормативов, но и решения сложных вопросов гигиенической диагностики, определения риска и возможных ущербов для здоровья человека в связи с конкретными воздействиями факторов окружающей среды.

В России система гигиенического нормирования сохраняет за собой роль инструмента оперативного контроля за состоянием окружающей среды, а гигиенические нормативы являются одной из важнейших мер управления рисками обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в стране.

Критерием благополучия населения в селитебной территории является соблюдение гигиенических регламентов в объектах окружающей среды: ПДК для химических веществ, ПДУ для физических факторов воздействия и прямые и косвенные показатели для бактериального, вирусного, паразитарного загрязнения.

Регламентируются также виды деятельности для различных групп населения.

Практическая реализация принципа опережения, разработка и внедрение эффективных профилактических мероприятий возможны при соблюдении принципа этапности в проведении исследований. Данный принцип отражает необходимость определения стратегии исследований, выделения его важнейших этапов, проводимых в строгой последовательности и по возможности синхронно с этапами внедрения новых веществ и материалов. Этапы и правила формирования заключений (решений) на каждом из этапов зависят от объекта окружающей среды.

Указанные принципы положены в основу методических схем исследований по гигиеническому нормированию вредных факторов в объектах окружающей среды.

В последнее время существующие нормативные документы (ГОСТ, СанПиН, СН и др.) в перспективы планируют заменить на технические регламенты. Технический регламент – это документ, который регулирует отношения участников процесса разработки и соблюдения требований техни-

ческих регламентов в части обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности. Требования к выбору характеристик санитарно-эпидемиологической безопасности должны учитывать потенциальное опасное воздействие объектов технического регулирования на среду обитания человека и (или) на состояние здоровья населения.

Выбор характеристик объектов технического регулирования будет осуществляться на основании данных статистики, мониторинга, экспертизы, экспериментальной оценки, расчетного моделирования; эпидемиологических исследований.

Огромный массив токсикометрических и эпидемиологических данных, накопленных при создании нормативно-правовой базы, может служить основой для оценки риска воздействия факторов среды на население и обоснования экономических параметров для расчета этого риска.

Тема 23. Несчастные случаи и травмы в быту и на производстве, социальные меры защиты населения

Ежегодно в Республике Беларусь травмируется около 800 000 человек. Травматизм является важной социально-экономической проблемой в связи с высокими показателями распространенности и тяжестью его медико-социальных последствий (инвалидность и смертность).

В структуре травматизма преобладают бытовые травмы – 76,7%, второе место занимают уличные травмы – 14,7%, спортивная травма – 1,1%, дорожно-транспортная травма – 1,3%, производственная травма – 1,0%, прочие травмы – 6,2%.

Травмы у детей составляют – 16,5% от общего числа травм в республике. Структура детского травматизма несколько отличается от структуры взрослого: бытовые травмы составляют 59,3%, уличные – 21,0%, школьные – 7,9%, спортивные – 6,4%, транспортные – 0,6%, прочие – 4,8%.

Травматизм – это совокупность травм, возникших в определенной группе населения за определенный отрезок времени. Наибольший уровень травматизма отмечается у мужчин в возрасте 20-49 лет, а у женщин – 30-59 лет, причем во всех возрастных группах этот показатель значительно выше у мужчин. Среди всех причин первичной инвалидности и смертности травмы занимают третье место, а у лиц трудоспособного возраста травмы занимают первое место среди причин смерти. Травматизм – часть общей заболеваемости населения.

В нашей стране травмы подразделяют на:

1. Производственные:

- промышленные;

- сельскохозяйственные;
- строительные;
- на транспорте;

2. Непроизводственные:

- бытовые;
- уличные;
- дорожно-транспортные;
- спортивные;
- школьные;
- детские и пр.

Производственная травма – травма, полученная работающим на производстве и вызванная несоблюдением требований безопасности труда.

Причины производственных травм разделяются на:

1. Организационные:

- недостатки в организации и содержании рабочего места;
- применение неправильных приемов работы, недостаточный надзор за работой, за соблюдением правил техники безопасности;
- допуск к работе неподготовленных рабочих;
- плохая организация трудового процесса, отсутствие или неисправность индивидуальных защитных приспособлений.

2. Санитарно-гигиенические:

- отсутствие специальной одежды и обуви или их дефекты;
- неправильное освещение рабочих мест;
- чрезмерно высокая или низкая температура воздуха в рабочих помещениях;
- производственная пыль, недостаточная вентиляция, захламленность и загрязненность производственной территории.

3. Личного характера:

- заболевание или утомление рабочего;
- недостаточная квалификация;
- неудовлетворительные бытовые условия;
- алкогольное опьянение.

Меры предупреждения производственного травматизма сводятся к устранению непосредственных или способствующих причин его возникновения:

- максимальная механизация и автоматизация технологических процессов, направленных на ликвидацию ручных операций сокращение до минимума перекрещивающихся грузопотоков, ручной переноски изделий, подъем грузов и т.д.;

- для складирования изделий и полуфабрикатов, а также запасных частей и оборудования следует отводить специальные безопасные места, чтобы не загромождать ими рабочие площади, проходы;
- технологическое оборудование и инструменты должны полностью соответствовать своему назначению и всегда находиться в исправном состоянии;
- движущиеся и вращающиеся детали машин и агрегатов, а также места возможного соприкосновения с горячими поверхностями, едкими жидкостями и другими веществами должны быть ограждены. Необходимо строго следить за установкой этих ограждений после ремонта, смазки или замены оборудования;
- все электрооборудование в цехах обязательно заземляется, причем состояние заземления периодически контролируется и в случае выявления его нарушения – исправляется. Места открытых контактов ограждаются защитными щитками или кожухами;
- состояние подъемно-транспортного оборудования, а также аппаратов, находящихся под давлением, подлежит периодическому контролю.
- хорошее освещение, поддержание чистоты и порядка на рабочем месте и в цехе в целом также способствуют сокращению травматизма.

Для того чтобы исключить производственный травматизм, необходимо строго соблюдать правила техники безопасности, рабочие должны обеспечиваться исправными средствами индивидуальной защиты и спецодеждой. Для оказания первой медицинской помощи должны быть в наличии аптечки с пополняемым набором медикаментов, перевязочного материала, шин и др. Все вновь принимаемые на работу лица проходят периодический медицинский осмотр и обязательный инструктаж по технике безопасности. Пополнение знаний в этой области и их проверка должны носить постоянный характер.

Бытовые травмы включают несчастные случаи, возникшие вне связи с производственной деятельностью пострадавшего – в доме, квартире, во дворе и т.д.

К ним относят несчастные случаи, возникшие вне связи с производственной деятельностью пострадавшего – в доме, квартире, во дворе, личном гараже и т. д. Бытовой травматизм весьма высок и не имеет тенденции к снижению. Ведущей причиной этих травм (около трети случаев) является выполнение домашней работы – приготовление пищи, уборка и ремонт помещений и т. д. Среди травм преобладают ушибы, ранения, ожоги и др. Наиболее часто повреждается кисть. Около четверти бытовых травм возникает при падении во дворе, в квартире и т. д. Реже повреждения получают в различных бытовых эксцессах. В их возникновении значительная роль принадлежит алкогольному опьянению, особенно в праздничные и выходные

дни. Бытовые травмы у мужчин встречаются в 3-4 раза чаще, чем у женщин, причем у лиц 18-25 лет они возникают в 4-5 раз чаще, чем у людей 45-50 лет.

Профилактика бытовых травм включает:

- улучшение условий быта;
- расширение коммунальных услуг населению;
- рациональную организацию досуга; проведение разнообразных культурно-массовых мероприятий;
- широкую антиалкогольную пропаганду;
- целенаправленную работу по созданию здорового быта;
- организацию при жилищных конторах специальных комиссий по борьбе с бытовым травматизмом;
- широкое привлечение общественности.

Дорожно-транспортными являются травмы, нанесенные различного вида транспортными средствами при их использовании (движении) в случаях, не связанных с производственной деятельностью пострадавших, независимо от нахождения пострадавшего в момент происшествия в транспортном средстве (водитель, пассажир) или вне его (пешеход). Транспортным средством считается любое средство, используемое для транспортировки грузов, предметов, людей (автомобиль, мотоцикл, велосипед, самолет, пароход, троллейбус, трамвай, железнодорожный, гужевой транспорт и пр.). Травматизм при дорожно-транспортных происшествиях обусловлен большим комплексом причин. Каждый год на дорогах гибнет около 40 тысяч человек и еще около 300 тысяч получают травмы и нередко становятся инвалидами.

Основной причиной гибели и травм людей на дорогах специалисты признают халатное отношение соблюдению правил дорожного движения:

- превышение скорости;
- проезд на красный цвет;
- вождение автомобиля в нетрезвом состоянии;
- не пристёгнутый ремень безопасности;
- переход улицы в неположенном месте и на красный свет и т.д.

Наибольшее количество дорожно-транспортных происшествий наблюдается летом и в первые месяцы осени. Дорожно-транспортные травмы учащаются в последние дни недели и во второй половине дня. Реже они возникают ночью, однако их последствия намного тяжелее. В городах основной причиной транспортного травматизма считается наезд на пешеходов, преимущественно легковыми автомобилями, на автотрассе преобладают столкновения автомобильного транспорта. В сельской местности дорожно-транспортные происшествия больше связаны с мотоциклетным и грузовым транспортом.

Борьба с дорожно-транспортным травматизмом и его последствиями – одна из наиболее острых проблем современности. В нашей стране предусмотрены осуществление общегосударственных мероприятий, направленных на предотвращение дорожно-транспортных происшествий; совершенствование государственной системы оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях и расширение научных исследований в области безопасности дорожного движения.

В структуре травматизма второе место занимают уличные травмы и составляют около 17%. К уличным относятся травмы, полученные пострадавшими вне производственной деятельности на улицах, в открытых общественных местах, в поле, в лесу и пр., независимо от вызвавших их причин (кроме транспортных средств). Они связаны с падением (особенно во время гололедицы), поэтому их число значительно увеличивается в осенне-зимний период. Выявляется зависимость данного вида травматизма от времени суток. При падении людей на улицах переломы костей встречаются в 68-70% случаев, ушибы и растяжения в 20-22%, ранения мягких тканей в 4-6%. Главным образом повреждаются конечности (83-85%). Одной из причин, способствующей получению уличной травмы, является гололедица.

Причинами уличного травматизма являются:

- плохая организация уличного движения;
- узкие улицы с интенсивным движением, недостаточная освещенность и сигнализация;
- нарушение пешеходами правил уличного движения; неисправное состояние уличных покрытий, гололед и т.п.

Профилактика травматизма при пешеходном движении предусматривает:

- рациональное планирование и благоустройство улиц и мостовых, надлежащий уход за ними (применение песка во время гололеда, заделка рытвин и т. д.), освещение улиц и площадей, ограждение строящихся и ремонтируемых зданий;
- рациональную организацию и регулирование уличного движения, строгий контроль за соблюдением правил уличного движения;
- обеспечение хорошего технического состояния уличного транспорта, его безопасность (исправность автоматических дверей в автобусах и трамваях и т. п.);
- надзор за детьми и их досугом;
- широкую воспитательную и разъяснительную работу с населением (печать, радио, телевидение, кино, лекции, доклады и др.).

Будьте внимательны и осторожны во время гололеда!

Во избежание опасности:

- внимательно смотрите под ноги;
- ступайте не широко, шагайте медленно;
- наступайте на всю подошву, но не на носок, не на стопу;
- сторонитесь неочищенных улиц и обходите скользкие места;
- ходите там, где тротуары посыпаны песком;
- прикрепите к подошве обуви полоску наждачной бумаги или обычного лейкопластыря;
- лучше пользоваться обувью с рифленой подошвой;
- девушкам на время гололеда стоит забыть о высоких, тонких каблуках. ъ

Если на улице Вы все-таки поскользнулись, упали и чувствуете острую боль в конечности, важно оценить свое состояние.

Главные признаки перелома или вывиха:

- резкая боль;
- нарастающий отек;
- укорочение поврежденной конечности и невозможность ею нормально двигать.

Сотрясение мозга проявляется:

- потерей сознания (иногда буквально на несколько мгновений);
- тошнотой;
- головной болью.

Постарайтесь во что бы то ни стало привлечь внимание прохожих, попросить помощи. Они должны вызвать скорую помощь или помочь добраться до ближайшего травмпункта.

Обращение в травматологический пункт или «скорую» является обязательным завершением печального случая. Обойтись без помощи врача можно только в случае легкого ушиба: просто приложите к больному месту что-нибудь холодное, это уменьшит отек и боль, и обработайте его мазью или гелем, рассасывающим синяки. Греть больное место нельзя, эффект будет прямо противоположным.

Одной из важных мер по профилактике уличного травматизма является борьба с бытовым пьянством, поскольку уличные травмы часто получают лица в состоянии алкогольного опьянения.

Внимание и осторожность являются основными средствами для профилактики травматизма. Помните, лучшая профилактика травм – это осторожность и осмотрительность!

Предупредить травму гораздо проще, чем обеспечить восстановление своего здоровья.

Успешное решение проблемы по снижению травматизма и смертности от внешних причин возможно только при условии совместных действий гос-

ударственных структур на межведомственном уровне, поддержке проводимых мероприятий (по формированию здорового и безопасного образа жизни) общественными организациями и, очень важно, широкими массами населения.

Тема 24. Народонаселение и устойчивое развитие, демографическая безопасность

В марте 2016 г. принята Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы. Исполнителями Госпрограммы являются Минтруда и соцзащиты, Минздрав и МВД. Представители этих ведомств собрались по предложению Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), чтобы рассказать журналистам о текущем положении дел и своих планах.

Национальные программы демографической безопасности утверждаются на 5 лет. Полностью выполнены уже две такие программы. По словам координаторов – с неплохими результатами. Вторая программа была «закрыта» в 2015 г. Главный показатель их успешности – увеличение ожидаемой продолжительности жизни и стабилизация численности населения. Новый ориентир – повышение продолжительности жизни до 75,3 года в 2020 г.

По словам замначальника отдела народонаселения, гендерной и семейной политики Минтруда и соцзащиты Марины Артеменко, основная демографическая тенденция сегодня – постепенное увеличение численности населения. Абсолютный прирост жителей наблюдается последние 2 года благодаря увеличению рождаемости, снижению смертности и положительным миграционным процессам. В 2015 г. уровень смертности все еще превышал уровень рождаемости, а естественная убыль населения составила 998 человек, но в 2010 г. расхождение было более 29 тыс. человек. В Минской и Брестской областях в 2015 г. отмечен естественный прирост населения. Положительное сальдо внешней миграции (18,5 тыс. человек) в 2015 г. полностью компенсировало естественную убыль.

Ожидаемая продолжительность жизни за 10 лет увеличилась на 5,3 года до 73,9 лет и составляет для мужчин – 68,6 лет, для женщин – 78,9 лет. Разница между продолжительностью жизни мужчин и женщин шокирует – более 10 лет. Ожидаемая продолжительность жизни городского населения (75 лет; 79,7 для женщин / 69,8 для мужчин) выше, чем сельского (70,4 лет; 76,6 для женщин / 65,1 для мужчин).

Прогнозируется усиление процессов старения населения. Доля трудоспособных граждан будет снижаться, а когорта населения старше трудоспособного возраста – увеличиваться. Сейчас в стране 2,357 млн. людей в возрасте старше трудоспособного (25% населения), а к 2020 г. их будет 27%.

Демографическая нагрузка на трудоспособное население составляла на начало 2016 г. 727 человек младших и старших возрастов на 1 тыс. трудоспособного населения.

В новой программе 7 разделов. Один из них контролирует Минтруда и соцзащиты, один – МВД, остальные – Минздрав. «Три кита» программы – поддержка семьи, здоровье населения, управление миграционными процессами.

Подпрограмма «Семья и детство»

Чтобы нивелировать устойчивое снижение с 2013 г. количества женщин репродуктивного возраста, в предыдущей программе был усилен социально-экономический блок по поддержке семей с детьми: увеличены вдвое пособия по уходу за ребенком до 3 лет, введен семейный капитал, развивалась система социального обслуживания и т.д. «Семьи позитивно откликнулись на госполитику. Увеличилось число рождений вторых и последующих детей на фоне общего повышения рождаемости. Однако число женщин в репродуктивном возрасте продолжит снижаться», – говорит М. Артеменко. При всех «плюсах» обозначилась новая проблема – неустойчивость семьи. Ежегодно 25 тыс. детей переживают развод родителей.

Подпрограмма имеет три основных блока. Первый – совершенствование системы охраны здоровья материнства и детства (создание службы охраны мужского здоровья, службы антикризисной помощи семьям при рождении ребенка-инвалида, снижение травматизма среди детей и т.д.). Второй – поддержка семьи и детей, здесь акцент смещен с материальной помощи на формирование дружественной семье атмосферы (проведение конкурсов, единых дней информирования, тематических встреч для молодежи и т.п.). Третий – обеспечение защиты и законных прав детей (жить в семье, защита интересов детей-сирот).

Подпрограмма должна сформировать социальную норму благополучной семьи с несколькими детьми. Пока идеальным прототипом семьи для белорусской молодежи является 2-детная модель, показывают многочисленные соцопросы. От 50 до 60% населения планируют иметь двоих детей.

Здоровье народа

Подпрограммы по здравоохранению ориентированы на снижение уровня смертности от неинфекционных заболеваний и внешних причин; купирование распространения социально опасных заболеваний (ВИЧ, туберкулез, алкоголизм, наркомания); формирование приверженности здоровому образу жизни.

Неинфекционные болезни (нарушение системы кровообращения, онкологические, сахарный диабет, заболевания легких) – основной фактор смертности населения (86%) и «сверхсмертности» мужчин трудоспособного воз-

раста (в 3–4 раза выше, чем в странах Евросоюза). Каждый пятый белорус умирает в трудоспособном возрасте. Длительное время лидирующей причиной смертности от внешних причин являлись случайные отравления алкоголем. Лишь в 2015 г. таких смертей стало меньше, чем самоубийств. Но все же 5% всех смертей в трудоспособном возрасте обусловлено алкогольными отравлениями.

Как сообщила замдиректора Республиканского научно-практического центра медицинских технологий, информатизации, экономики и управления здравоохранения Ирина Новик, Минздрав определил основные факторы риска, на которые необходимо влиять: курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, низкая физическая активность, неблагоприятная производственная среда.

В цифрах картина следующая: курит 30% белорусов, причем ежегодно от болезней, связанных с курением, умирает 15,5 тыс. человек. В различных рейтингах Беларусь лидирует или борется за первое место по употреблению алкоголя. Избыточный вес имеет 57,4% взрослого населения, а 24,3% – больны ожирением. Низкая физическая активность характеризует 86% населения.

Большинство планов Минздрава пока связано с популяризацией основных принципов здоровье сберегающего поведения, но расписание работ еще формируется. Конкретные ожидаемые шаги – внесение изменений в Декрет Президента от 18.12.2002 № 30 «О государственном регулировании производства, оборота и потребления табачного сырья и табачных изделий». Согласно поправкам к электронным сигаретам предъявят требования, аналогичные к табачным изделиям; увеличится количество общественных мест, где курение будет запрещено; планируется запретить курение в автомобилях и помещениях в присутствии детей до 14 лет. Продолжится практика повышения налогов (акцизов) на алкоголь, сохранится запрет/ограничение на рекламу и стимулирование продаж алкоголя, минимальный возраст для покупателей спиртного.

Подпрограмма «Внешняя миграция»

Основная задача госполитики в сфере внешней миграции – целевое привлечение мигрантов, которые не только увеличат, но и улучшат качество человеческих ресурсов, сообщил замначальника Департамента по гражданству и миграции МВД Эдуард Баландин.

За 10 лет четверть естественной убыли населения компенсировано миграционным приростом. В 2011–2015 гг. при плане 60 тыс. человек он превысил 65 тыс. Иностранное присутствие в республике следующее: 657 908 – временно пребывающих, 59 100 – временно проживающих (работают по лицензии), 181 567 – постоянно проживающих, имеющих все права гражданина страны, кроме избирательного. Доля последних, что важно, стабильно растет

с 2009 г. (+40,5 тыс. за 6 лет). В 2013 г. сальдо миграции составило свыше 11,6 тыс. человек и впервые превысило значение естественной убыли населения. В 2014 г. показатель вырос до 15,7 тыс., а в 2015-м – до 18,5 тыс.

В 2016–2020 гг. МВД намерено привлекать и расселять иностранных специалистов в регионы с учетом демографической и экономической потребностей. Иностранным гражданам и членам их семей будут возмещать расходы на переезд и трудоустройство.

Чтобы закрепить в стране образованную молодежь, внесены поправки в миграционное законодательство, в соответствии с которыми иностранец, получивший образование в вузе РБ, имеет право работать по специальности (только по специальности) на основании разрешения на пребывание в РБ, оформленного в льготном порядке. Департамент по гражданству и миграции готов продлевать разрешение до тех пор, пока иностранец не решит, остаться в стране либо уехать. Одновременно дипучреждения проводят за границей работу по возвращению в страну активной, образованной части соотечественников-эмигрантов.

К 2020 г. планируется миграционный прирост в 70 тыс. человек (+12 тыс. в 2016 г., +13 тыс. в 2017 и т.д.). Для сравнения: в 2015 г. в страну въехало 31,7 тыс., выехало – 6,3 тыс. официально зарегистрированных мигрантов.

В I полугодии 2016 г. договоры и контракты о работе в РБ заключили свыше 11 тыс. иностранцев (более 4 тыс. китайцев, более 3,3 тыс. украинцев и т.д.). Выехало из РБ свыше 3,8 тыс. человек (около 2,2 тыс. – в РФ, 675 – в США, 380 – в Польшу и т.д.). Подавляющее число трудовых мигрантов – рабочие (прибыло 5,5 тыс., выехало – 2,4 тыс.). В качестве высококвалифицированных работников прибыло 2,3 тыс., выехало – 15 человек. В январе – июне 2016 г. органы внутренних дел выдали 626 разрешений на постоянное проживание трудящимся.

Финансирование госпрограммы наряду с республиканским (21,3%) и местным бюджетами (73,27%) ведется за счет средств государственных внебюджетных фондов, в т.ч. ФСЗН, собственных средств заказчиков, исполнителей, организаций (5,28%), иных источников (ООН) (0,15%). Всего на реализацию программы требуется 27,5 млрд. BYN (примерно 13,7 млрд. USD).

Тема 25. Этика и этикет в формировании здорового образа жизни населения, как стратегии социальной виталогии

Проблема здоровья человека многие века ассоциировалась с медициной. Последние десятилетия общественное здоровье основательно привязано

к образу жизни, экономике, окружающей среде. Так, ссылаясь на коллективное мнение организаторов здравоохранения, на семинаре заведующих кафедрами общественного здоровья и здравоохранения (Москва, 2000) было принято следующее определение: «Общественное здоровье – это важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни людей». Нет особых расхождений во взглядах разных авторов и на перечень групп основных индикаторов здоровья: – показатели медико-демографических процессов; – показатели заболеваемости населения; – показатели инвалидности; – показатели физического здоровья населения; – показатели социальной обусловленности общественного здоровья; – интегральные показатели здоровья. 2 Известно, что за послевоенные годы достигнут колоссальный прорыв в профилактике инфекционных заболеваний. В тоже время на авансцену вышли неинфекционные заболевания: сердечно- сосудистые, онкологические, нервной и психической сфер, диабет, травмы. Усилиями ученых разных стран разработана концепция факторной профилактики. Основными факторами риска признаны поведенческие: курение табака, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, нерациональное питание, избыточная масса тела, психологический стресс, низкая медицинская активность населения. Зависимость неинфекционных болезней (НИЗ) от поведения населения вносит надежду в то, что с эпидемией НИЗ удастся справиться. Но в тоже время эта проблема наталкивается на ряд психологических и экономических барьеров. Разработаны десятки теорий личности. Применительно к поведению, в первую очередь, хочется обратить внимание на взгляды психологов Роджерса и Маслоу. Несмотря на различия во взглядах на природу поведения, они сходились во мнении, что «люди в основном стремятся вперед и при подходящих условиях полностью реализуют свой врожденный потенциал, демонстрируя истинное психическое здоровье» . Эта мысль дает психологическое обоснование важности свободы для здоровья человека. Свободы, которая еще по мнению Авиценны, а затем К.Маркса выражалась словами, что «Болезнь – это ограниченная в своей свободе жизнь». Таким образом, личность в социальной среде оказывается в противоречии между индивидуальными устремлениями, определяющимися её конституцией, темпераментом и социальным окружением, реально ограничивающим свободу, приводящим к болезням через известный «порочный круг нищеты и болезней» . Влияние на поведение оказалось весьма трудным. Наш опыт научной и практической работы в этой сфере позволяет полностью согласиться с позицией, что «Образ жизни людей – это форма их жизнедеятельности, которая зависит не от благих пожеланий и мечтаний, а от конкретно исторического способа производ-

ства, от типа уровня развития общественно-экономической формации». 1.Здоровый образ жизни и этика здоровья. Научная обоснованность значения образа жизни в деле формирования здоровья породила многочисленные определения здорового образа жизни. Многолетняя работа со студентами Белгосуниверситета в рамках специальности «социальная работа» 3 показала, что глубже усваивается определение, опирающееся на известную трактовку здоровья, как полное физическое, душевное и социальное благополучие, принятую Уставом ВОЗ. Исходя их нее, нам представляется что: здоровый образ жизни – стиль жизнедеятельности человека, обеспечивающий состояние физического, душевного и социального благополучия личности. При опоре понятия здорового образа жизни на определение здоровья по ВОЗ появляется возможность обратить должное внимание и на основную методологическую установку ВОЗ. Так, в известной политике здоровья конца XX века первая задача (из 38) определялась как «Справедливость в вопросах охраны здоровья», а последняя, как «Этика здоровья». Эти задачи отчетливо проявляются и в новом документе на XXI столетие . Таким образом, этике, в деле формирования здоровья, уделяется особое внимание, но осмысление понятия в основном ограничивается биоэтикой, биомедицинской этикой, врачебной деонтологией, что связано, надо полагать, со взглядами на здоровье с позиций традиционного здравоохранения, где здоровье и болезнь, требующая лечения, стоят рядом. Взгляд на здоровье с интегральных позиций и, в первую очередь, с социальных, требует активной разработки и продвижения в практике понятия этика здоровья, а также его обоснования, с позиций защиты жизни в рамках социальной виталогии – науки защиты жизни социальными мерами. Перспективность «этики здоровья», в достижении главных целей общественного здоровья, нам представляется по ряду положений. Во-первых, этика, как наука о морали, умении в поведении отличать Добро от Зла, ориентируется не на какие-то нозологические формы болезней или социальные группы населения, а на этическое сознание общества, что позволяет включать в сферу систем, ответственных за здоровый образ жизни, не только систему здравоохранения, но и образования, труда и социальной защиты, культуры, физкультуры и спорта, сельхозпрода, общественного питания, МВД и др. Во-вторых, именно этика может повлиять на принятие обществом идей социальной справедливости, без чего невозможно добиться справедливого распределения ни средств производства, ни результатов их деятельности, за которыми стоят основные социальные детерминанты здоровья (уровень доходов, занятость, образование, качество жизни, жизненные ценности). В-третьих, этика здоровья возвращает общество к традиционным этическим ценностям наших предков, 4 сформированных в рамках здравоохранительных доктрин христианства и морали других вероисповеданий, т.е. появляется

мощный союзник – церковь, взгляды которой на здоровье не противоречат современным взглядам науки. В-четвертых, принятие практикой формирования здорового образа жизни, стратегии этики здоровья, открывает возможности для развития идей общественной социальной защиты, которая предполагает мобилизацию личностного потенциала гражданина на сохранение своего здоровья мерами безопасного поведения в обществе . Безопасное поведение личности вынуждает её мобилизовать на охрану здоровья, дремлющей в ней на уровне подсознания, потенциал стремления к развитию, к жизни (биофилия), отказываясь от устремлений к поведению, ведущему к смерти (некрофилия). Исследования ИБС, проведенные в СССР на больших группах мужчин (охвачено 55 тысяч мужчин 40-59 лет) в 70-80-е годы прошлого столетия, показали, что популяция населения, в плане поведения четко разделяется на три примерно равные группы: высокая активность в выборе здравосозидающего поведения (биофилия); низкая активность в этом выборе; отрицательная активность (некрофилия). Опора на обоснованную стратегию общественной социальной защиты личности, вытекающую из идей общественного здравоохранения дает основание для привлечения к технологиям формирования здорового образа жизни логотерапии (терапия смыслом жизни), которая является и технологией профилактики здраворазрушающего поведения. Так как смыслом жизни можно управлять, появляется возможность надеяться, что потребитель здорового образа жизни (гражданин) сам станет активным созидателем здоровья. В этом, кстати, нам представляется главное отличие лечебной медицины от профилактической. В лечебной – главная роль принадлежит врачу, почему так важно, во имя защиты жизни больного, сохранять в сознании врачей этическую клятву Гиппократа. В профилактике – главная ответственность лежит на самой личности, гражданах, составляющих общество. Принятие этики, как науки о морали, в качестве одной из стратегий общественной социальной защиты человека, последний, становится активным участником формирования здравосозидающего образа жизни, а не пассивным потребителем и иждивенцем . Исходя из наших исследований, представляется, что: Этика здоровья – жизнедеятельность на основе норм и правил здравосозидающего этического сознания, этических ценностей и 5 качеств личности, обеспечивающая индивидуальное и общественное здоровье нынешних и грядущих поколений. Ориентируя потребителя здорового образа жизни на этические ценности социальной работы, удается достичь гармонии интересов населения, специалистов здравоохранения, специалистов труда и социальной защиты. При этом также отводится своя роль медико- биологическим и социальным факторам здоровья и болезни. Именно в социальных лабиринтах жизни человека формируются этические ценности личности, которые взяла на вооружение, в качестве этических ценностей (целей и задач)

социальная работа (достоинство человека, свобода выбора, социальная справедливость, условия профессиональной, творческой, семейной самореализации; условия реализации прав на здоровье и жизнь). Этика здоровья в своей практической реализации проецируется, в первую очередь, на смысл жизни человека, который в свою очередь своими корнями, с древности, связан с поиском счастья. Нельзя отказать в логике известной фразы немецкого философа XIX века Артура Шопенгауэра, что: «Здоровье до того перевешивает все остальные блага жизни, что поистине, здоровый нищий счастливее больного короля». Тот же автор доказывал, что счастье на 9/10 определяется здоровьем. Проблема этики здоровья в развитии человека нами изучается с 1967 г., во взаимосвязи медико-биологических возможностей человека и его профессиональной деятельности, отвечающей потребностям в них общества. Сформулирована формула соотношения общих (кругозор, культура, мораль, духовность, этические ценности) и специальных (профессия) знаний в образовании. В основе современных взглядов на здоровье, как уже отмечалось, находится факторная концепция. Выведены точные математические риски. Но усилия медиков, направленные на управление известными научно обоснованными факторами риска не дают ожидаемого эффекта. Со всей очевидностью встал вопрос об изменении сознания общества и, в первую очередь, о возврате к общечеловеческим христианским ценностям. Вряд ли можно оспорить то, что многие на рубеже XX – XXI веков увлечены гедонистскими устремлениями. Стремление к удовольствию отодвинуло в тень общечеловеческие, нравственные ценности, привело к этическому нигилизму, т.е. отрицанию этических ценностей прошлого, похоронило под обломками его и более близкий к личности, опыт предков и уважение к ним. В таких условиях естественным оказался уход человека к иллюзиям наслаждений едой, деликатесами, алкогольными напитками, наркотиками, курением табака, сверкающими авто, захватывающей скоростью, морскими пляжами на океанических островах и т.д. В этих условиях оказывается неудивительным стремление молодежи выжать побольше, во имя наслаждения, из физиологических возможностей организма. Инстинкт размножения, существующий ради сохранения вида и выражавшийся в социальном проявлении, семейным укладом жизни, управляет умами молодежи на своей первой биологической стадии, на уровне секса, разрушая социальные устои общества, базирующиеся на нравственных ценностях, отличающих человека как социально активную личность. Брошенными оказываются и дети, и старики. Не вернув каждого на свое место, невозможно говорить о нравственном здоровье, так как именно здоровый дух определяет здоровье тела. Многие считают, что выбор личностных устремлений, то ли гедонистских, то ли эвдемонизма, утилитаризма или прагматизма является сугубо личным делом. На уровне личности это

действительно так. Однако, если подобные устремления охватывают большие массы народа, разрушаются этические ценности общества, которые играют роль охраны общественного сознания от увлечения некрофильными ценностями. Последние приводят к поведению, именуемому факторами риска хронических болезней, и выключают защитное действие социальных детерминант здоровья (уровень доходов, занятость, образование, качество жизни, жизненные ценности). Теряются также традиционные семейные ценности. Приоритетом в семье становятся не дети и их нравственное воспитание, а секс, сопровождаемый все новыми мимолетными увлечениями, кризисом семьи, снижением рождаемости. Таким образом, гедонистские идеи, овладевающие массами, ведут к своеобразному массовому психозу, несущему реальную угрозу обществу. Это является своеобразным психологическим оружием массового поражения. Психофизиологические особенности личности, познанные ею, позволяют творить себя, выбирая пути, профессии, методы наиболее адекватные возможностям организма и потребностям рынка труда. Это позволяет добиться высших успехов в профессиональной или творческой работе в виде хобби. Однако, человека как личность отличают этические ценности, которые едины для всех людей, что и позволяет специалистам по социальной работе ставить их в качестве этических ценностей социальной работы. Для практического применения эти ценности наиболее основательно разработаны во Всеобщей декларации прав человека, принятой ООН в 1948 г.. Достоинство человека. Внутреннее осознание своей ценности, как человека разумного, как личности. Свобода выбора. Человек должен иметь возможность выбора пути здравосозидающей жизнедеятельности в социальной среде. Социальные службы должны обеспечить условия реализации социального выбора, согласованного с нормами этики. Социальная справедливость (равные возможности в получении благ мира) Возможности самореализации личности: – в профессии; – в семье; – в творчестве. Право на здоровье. Имеются в виду личностная готовность к здравосозидательному пути развития личности, что требует соответствующего этического сознания и условий реализации этого права, которые обеспечиваются государством через соответствующие социальные и правовые структуры. Право на жизнь. Реализуется комплексом условий, обеспечивающих качество жизни и достижение этических ценностей личности, ведущих человека на путь здравосозидания, оберегая от некрофильного пути, позволяя полностью реализовать свой жизненный потенциал. О триаде человеческого достоинства. Этика здоровья нами рассматривается не столько как теоретическая категория, сколько ориентированная на практику. В контексте практики этики здоровья недостаточно выделить достоинство, как важнейшую категорию этической ценности, а показать, основанные на ней, кардинальные различия технологий социального

содействия личности в достижении достоинства. При этом, рационально опираться на онтогенетические различия способов достижения достоинства человека на этапах развития личности: – достойное рождение; – достойная жизнь; – достойная смерть. Введение понятия онтогенического достоинства, позволяет выдвигать требования к технологии интегративного формирования достоинства человека силами семьи, служб воспитания, образования и социальной защиты. Каждый человек имеет свою конституцию, свой темперамент и характер, свои психофизиологические потребности и возможности. Традиционная наука игнорирует многие из этих условий. Этика здоровья приближает устремления человека к высшему смыслу жизни и законам гармонии человека с окружающей его природой и социумом. В этой гармонии видится и спасение от стрессов, и от социальной несправедливости, и от войн, и от терроризма, и от суицидов, и от алкоголизма. Этика здоровья побуждает каждого к физическому и умственному труду до глубокой старости. Он должен определяться не тем, где можно уйти от напряжения, опираясь на технические достижения, а тем как грамотно напрячь все органы и системы организма в соответствии с индивидуальной конституцией человека, чтобы сохранить уровень резервов для достойной жизни и достойного ухода из неё, рачительно использовать личностный клад каждой личности, заложенный в неё природой .

Тема 26. СПИД – медико-социальные причины, последствия, меры предупреждения и социальной защиты пострадавших

ВИЧ инфекция – медленно прогрессирующее инфекционное заболевание возникающее в следствии заражения вирусом иммунодефицита человека, поражающего иммунную систему, в результате чего организм становиться высоковосприимчив к инфекциям и опухолям которые в конечном итоге приводят к гибели больного.

По данным ВОЗ ВИЧ инфекция приобрела глобальное значение. В мире более 33млн человек страдает ВИЧ. Источник инфекции – больные со всеми видами клинических форм и вирусоносители.

ВИЧ содержится в большой концентрации в крови, сперме, менструальных выделениях, вагинальном секрете. Обнаруживается в грудном молоке, слюне, слезной и цереброспинальной жидкости, поте, моче, кале. Передача ВИЧ контактная, включает половой и контактно кровяной пути передачи вируса. Интенсивная передача ВИЧ наблюдается при гомосексуальных половых контактах, причем риск пассива выше чем у актива.

ВИЧ передается через инфицированную кровь. При повторном использовании медицинского инструментария, введения наркотических препаратов внутривенно одними и теми же иглами. Менее значим вертикальный меха-

низм передачи возбуждения (заражения плода в матке риск от 15-50%). Трансмессивная передача (через насекомых) невозможна.

Группы повышенного риска:

· Лица употребляющие инъекционные наркотики, использующие общую посуду для изготовления наркотика, а так же их половые партнеры

· Лица практикующие незащищенный анальный секс

· Лица практикующие незащищенный вагинальный секс

· Лица которым сделали переливание непроверенной донорской крови

· Врачи

· Больные другими венерическими заболеваниями

Проститутки и их клиенты

Течение ВИЧ инфекции характеризуется длительным отсутствием существенных симптомов болезни, поэтому диагноз ставиться на основании лабораторных данных, при выявлении в крови антител к ВИЧ. Антитела к ВИЧ в период острой фазы – СПИД, не обнаруживают или они резко снижены.

В первые недели после инфицирования антитела не выявляются.

Симптомы и течения:

1. Стадия инкубации.

2. Первичные проявления. Острая лихорадочная, биссемптомная и генерализованная лимфаденопатия.

3. А) Стадия вторичных заболеваний. Потеря массы тела менее 10%, поверхностные грипковые и поражения кожи и слизистой, синуситы, опоясывающий лишай.

Б) Падение массы тела, диарея, лихорадка, туберкулез легких, повторные и стойкие поражения внутренних органов. Глубокие поражения кожи и слизистых.

В) Генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протезоиные.

4. Терминальная стадия

Есть разные взгляды на СПИД. Одни говорят, что это угроза для всего населения земного шара, и что ничего с ней поделать невозможно, другие – что СПИДа нет, что все это выдумки капиталистов, желающих нажиться на производстве лекарств.

Но не правы и те, и другие.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) действительно существует. И действительно передается половым путем и с кровью больного. Попадая в организм человека, вирус сразу же начинает размножаться. Но никаких симптомов инфекции нет: может быть слабое недомогание, которое можно отнести на счет "простуды". То, что ВИЧ есть в организме, определить мож-

но только высокочувствительными методами. И пока их не было, никто не знал, что является причиной развития многих "очень неприятных", смертельных заболеваний, не поддающихся никакому лечению. История медицины изобилует такими фактами. И то, что установлена причинно-следственная связь между этими заболеваниями и наличием ВИЧ в организме таких больных, – это огромнейший успех современной биомедицинской науки.

Поскольку с момента инфицирования ВИЧ и до развития самого заболевания – синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) – проходят годы (иногда даже 10-12 лет), такие инфекции названы медленными. Действительно инфекции, поскольку СПИД не одинок. Сейчас известно, что очень многие заболевания развиваются именно так. Показано, что даже грипп может вызывать развитие медленной инфекции у плода, если мать переболела им в первом триместре беременности. А говорят, – обычная простуда.

Но ВИЧ, вызывающий СПИД – это не обычная простуда. Это смертельное заболевание, сейчас это – приговор: максимум через 10 лет проявятся необратимые изменения, которые накапливались все предыдущее время с момента инфицирования. И этот процесс практически невозможно остановить. Существующие медикаменты, предназначенные для лечения СПИДа, во-первых, очень токсичны, во-вторых, – только замедляют процесс развития болезни, но никак не останавливают его и не устраняют причин. А в-третьих, – и что особенно важно – эти лекарства доступны далеко не всем. Официальные данные Минздрава России свидетельствуют о том, что только 11% из тех, кто нуждается в анти-ВИЧ препаратах, получают их. Причина – устанавливаемые фирмами-монополистами цены на свою продукцию. Производство анти-ВИЧ медикаментов – это сверхприбыльная отрасль фармацевтической промышленности.

Распространение ВИЧ-инфекции – это не биологическая, а социальная проблема. Общепризнано, что болеют СПИДом в основном – 90% всех больных – жители стран с низким и средним уровнем доходов. Среди нуждающихся в антиретровирусной терапии только один из десяти получает такое лечение. Декларируя необходимость борьбы со СПИДом, на деле государства выделяют мизерные средства на анти-ВИЧ препараты. По данным Всемирной организации здравоохранения, если сохранится современный уровень охвата полноценным лечением, то от пяти до шести миллионов человек умрут от СПИДа в ближайшие 2 года.

СПИД – почти всецело социальная болезнь. Основной путь передачи ВИЧ во многих странах – использование инъекционных наркотиков. Это ряд азиатских стран, страны Восточной Европы и бывшие советские республики, ряд латиноамериканских стран и некоторые западно-европейские страны

(Италия, Испания). Именно социальные условия, общественные отношения, невидение путей выхода из сложившихся обстоятельств, безнадежность и бессилие толкают на употребление наркотиков. Рост наркомании в СНГ привел к взрывообразному подъему заболеваемости на ВИЧ. Как сообщает Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков РФ, за последние 15 лет количество страдающих наркоманией в России увеличилось в 10 раз. Большую часть потребителей наркотиков составляют молодые люди в возрасте от 13 до 25 лет.

Еще одной составляющей развития эпидемии ВИЧ является тесно переплетающийся с наркоманией коммерческий секс.

Показана взаимосвязь между распространением ВИЧ-инфекции и сифилиса, количество заболевших на который за 10 лет возросло в 26 раз. При этом скорость распространения ВИЧ среди тех, кто страдает венерическими инфекциями, возросла в 20 раз.

Есть еще один способ приобрести ВИЧ-инфекцию – манипуляции с донорской кровью. В странах Европы официально признано, что при переливании крови заражено от 1,4 до 20,5% больных СПИДом. В связи с этим, в целях профилактики возможного заражения донорскую кровь в большинстве стран мира (но не в России) используют только после ее хранения на протяжении 3-6 месяцев, чтобы за этот период повторно обследовать доноров, возможно инфицированных ВИЧ. Свидетельством того, что медучреждения выполняют роль "рассадника" ВИЧ, является громкий процесс судебного расследования массового инфицирования детей в больнице при переливании крови, проходящий сейчас в Казахстане.

Призывы к здоровому образу жизни в системе общественных отношений, где ведущую роль играет нажива и прибыль – это глас вопиющего в пустыне. Поэтому красная ленточка, которая сегодня в связи с Международным днем борьбы со СПИДом у многих появится на груди, имеет куда более глубокое значение, чем ей придают организаторы этой акции. Борьба против СПИДа должна стать борьбой против общественных отношений, создающих условиях для его распространения и существования, и только тогда эта борьба будет иметь шансы на успех.

2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

ТЕМАТИКА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Тема 1. Медико-социальные основы здоровья предмет, объект, назначение, исторические и теоретические предпосылки (семинар)

1. Биологические и социальные предпосылки болезни, понятие о здоровье и болезни в современных условиях. Теории обусловленности здоровья в XX веке. Санология.
2. Понятие о здоровье и болезни в Древней Греции, на Ближнем Востоке (Гиппократ, Авиценна, Гален, Парацельс, холизм и медицина).
3. Солернский кодекс здоровья и его медико-социальное значение.
4. Принципы охраны здоровья в земской медицине.
5. Интерпретация идеального и практического определения здоровья в Уставе ВОЗ.
6. Медицинские и социальные детерминанты здоровья (название, трактовка, удельные веса по Ю. Лисицину).
7. Общественное здравоохранение, характеристика понятия «медико-социальные основы здоровья».

Литература

1. Основы социальной работы. – М: Инфра-М., 1999.
2. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа. – М.: Наука, 1999.
3. Черносвитов Е.В. Социальная медицина. – М., 2000; 2003. – 624с.
4. Теория социальной работы. Под ред. Е.Н.Холосто вой. – М., 1998.
5. Большая медицинская энциклопедия.
6. Лисицин Ю.П. Теории медицины XX века. М. Медицина:, 1999. -176 с.
7. Лекция.

Тема 2. Проблемы здоровья в христианстве (семинар)

1. Позиция христианства в воспитании личности (единство здоровья души и тела, мотивация личности к сохранению здоровья, связь привычек образа жизни с понятием ложного кумира).
2. Здравоохранительный и здравосозидательный смысл десяти заповедей Ветхого Завета.
3. Медико-социальный смысл христианства в сохранении устоев семьи, в предупреждении социального сиротства.
4. Возникновение и смысл понятия христианской любви, ее значение для формирования социально-психологических основ здоровья в обществе.

5. Философия христианства и принципы формирования здорового образа жизни человека. Оздоровительная роль поста.

6. Медико-социальный смысл трактовки христианством отношения человека к родителям, предкам, родословной. Описание собственной родословной.

7. Содержание и смысл дня матери (14 октября). Описание традиций этого дня на примере Вашей семьи.

Литература

1. Библия.

2. Основы социальной концепции русской православной церкви.- Москва,2000.

3. Юзеф Майкл. Социальное учение католической церкви. – Рим-Люблин, 1994.

4. Джон Янг. Христианство.- М., 1998.

5. Зигфрид Эрнст. Яко твое есть царство. – Академ-экспресс, 1995.

6. Церковь и медицина на пороге третьего тысячелетия. – Минск-Москва, 1999. – 192 с.

7. Лекция.

Тема 4. Социальная медицина и проблемы социальной защиты людей с дефектами здоровья (ограниченными возможностями) (УСР – лекция для населения)

УСР по указанной теме готовится в виде краткой учебной лекции, предназначенной для медико-социального просвещения населения. Объем лекции 2-3 стр., желательно в отпечатанном виде. Все лекции будут обсуждены в группе. Ниже приводится примерный план построения лекции.

1. Социальные проблемы здоровья, обусловленные индустриализацией и урбанизацией жизни человека в Западных странах и в СССР в XX веке.

2. Опыт СССР по социальной защите инвалидов, основанный на установлении групп инвалидности и пенсионировании.

3. Численность и удельный вес инвалидов в населении в целом в СССР, БССР, Республике Беларусь и удельный вес в обществе лиц с ограниченными возможностями по данным ООН.

4. Принципы социальной защиты лиц с ограниченными возможностями (принципы: нищего, барина, равного), их значение для сохранения и укрепления здоровья.

5. Опыт социальной защиты инвалидов, развиваемый в Германии со времен Бисмарка, основанный на приоритете реабилитации перед пенсией, его значение для сохранения и укрепления здоровья человека.

6. Опыт Республиканской научно-практической конференции "Социальные и медицинские проблемы профилактики инвалидности и сохранения трудовых ресурсов" (1988г.) в решении социальных проблем здоровья.

7. Технологии сохранения здоровья и профилактики инвалидности в законах Республики Беларусь "О социальной защите населения" (1991г.) и "О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов" (1994г.).

Рекомендуемая литература

1. Черносвитов Е.В. Социальная медицина. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003.-524с.

Тема 5. Социальная гигиена и социальная медицина в XX столетии (семинар)

1. Предмет, объект, задачи, социальной медицины. Удельный вес образа жизни в ряду других составляющих, определяющих здоровье общества.

2. Исторические истоки социальной медицины (Эхнатон, Спарта). Вклад в социальную медицину Гиппократа, Теофраста, Аристотеля.

3. Социальная медицина на древнем исламском востоке, вклад в нее Авиценны. История формирования и содержание социальных основ здорового образа жизни через нравственную чистоту, жизнь по совести, символ белого халата.

4. Врачебно-трудовая экспертиза как направление социальной медицины в СССР, его отличительные особенности, влияние их на формирование подходов к общественному здоровью.

5.Социальная гигиена (предмет, объект, задачи). Социально-гигиенические воззрения Н.А.Семашко и его вклад в развитие гигиены и здравоохранения СССР.

6.Особенности развития, содержание деятельности и различия служб социальной, гигиены, лечебной медицины, социальной медицины с 1917г. по настоящее время.

7. Воззрения П.Б.Ганнушкина и А.В.Снежневского на развитие социальной медицины в области психиатрии.

8. Социальные условия, побудившие к созданию первых институтов социальной медицины в странах западной Европы, их назначение и опыт деятельности.

9. Первичная медико-санитарная помощь в СССР. Опыт международной конференции 1978 г. в Алма-Ате.

Литература

1. Черносвитов Е.В. Социальная медицина. – М., 2000. – 304с. 2003. - 524с.

2. В.А.Миняев и др. Социальная медицина и организация здравоохранения.-М.,1997,т.1 и 2.

3. Социальная работа. Словарь-справочник. – Изд. «Контур», 1998.

4. Основы социальной работы. Учебник. – М., 2000.

5. Технологии социальной работы. Учебник. – М., 2001.

6. Большая медицинская энциклопедия.

7. Зборовский Э.И. Инвалиды и общество/У Неман. 2000. № 11. С. 181-197.

9. Зборовский Э.И. Право на здоровье – право на жизнь// Неман. 2001.№11. С.222-242.

10. Зборовский Э.И. Становление специальности «социальная работа» в Республике Беларусь в перестроечный период // Общество, экономика, право: Сб.науч.тр.-Мн.:ФУСТ БГУ, 2002. – С.4-22.

11. Зборовский Э.И. Панорама демографических тенденций в социальной статистике и технология решения социальных проблем. // Общество, экономика, право: Сб. науч. тр.- -Мн.: ФУСТ БГУ, 2003. – С. 151-169.

12.Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов. Материалы Международной научно-практической конференции.-Минск, 1998.-352с.

13. Лекция.

Тема 7. Болезнь – стесненная в своей свободе жизнь (семинар)

1. Болезнь – стесненная в своей свободе жизнь (история понятия, биологические, физико-химические, социальные факторы, ограничивающие свободу развития и функционирования личности).

2. Понятие о социальной адаптации – психофизиологическая основа, формы адаптации, особенности и значение социальной адаптации для здоровья человека. Социопатии.

3. Болезнь как ограниченная в своей свободе жизнь и нравственно-этические идеи: христианства (свобода личности, христианская любовь, экуменизм).

4. Теория "порочного круга нищеты и болезней". Мальтузианство и здоровье,социальная сущность.

5. Социальные детерминалы здоровья и закон Энгеля, социальная интерпретация.

6. Социальные проблемы эвтаназии, пыток, смертной казни, трансплантации органов в контексте общественного здоровья и рекомендаций эти-

ческого комитета десятого Конгресса Всемирной Психиатрической Ассоциации в Мадриде, в 1996 г.

7. Евгеника как наука о здоровье, ее перспективы и социальные последствия (идеи Дарвина, Гальтона и др.).

Литература

1. Черносвитов Е.В. Социальная медицина. – М, 2000. – 304 с.2003. - 524с,

2. Социальная работа. Словарь-справочник. – Контур, 1998.

3. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А. Словарь-справочник. – Элсон,1998.

4. Лисицин Ю.П. Теории медицины XX века. М.; "Медицина", 1999. - 176с.

5. Дж.Харрисон и др. Биология человека. – М., 1979.

6. Биомедицинская этика: проблемы и перспективы. Материалы межд.конференции.Мн., 2000.-172 с.

7. Биомедицинская этика. Учебное пособие. Под ред. Т.В. Мишаткеевой,С.Д.Денисовой, Я.С. Яскевич. Минск, ТетраСистемс, 2003. -320с.

8. Лекция.

Тема 8. Социальные проблемы здоровья во Всеобщей декларации прав человека (УСР)

Каждый студент готовит выступление по названной теме, отражая приведенный примерный круг вопросов, с анализом социально ориентированных статей декларации. Свой доклад иллюстрирует 1-2 социальными примерами из своей семьи, знакомых или соседей.

1. История возникновения Всеобщей декларации прав человека, трактовка медико-социальной сущности декларации.

2. Основные социальные детерминанты здоровья и форма их представления в конкретных статьях всеобщей декларации прав человека.

3. Проблемы общественного здоровья в контексте прав на социальное обеспечение, на труд, на определенный жизненный уровень Всеобщей декларации прав человека.

4. Обязанности личности перед обществом и медико-социальные аспекты здоровья в соответствии с Всеобщей декларацией прав человека.

5. Формы и методы распространения социальных идей декларации социальными службами и использования ее в практике социальной защиты населения.

6. Социальная реабилитация личности – направление защиты прав человека, регламентируемых Всеобщей декларацией о правах человека.

7. Лекция. *Литература*

1. Всеобщая декларация прав человека. (ООН, 1948).

7. Лекция.

Тема 9. Проблемы общественного здоровья в альтернативной медицине (УСР)

1. Принцип единства человека и природы **в** китайской медицине и его медико-социальная сущность (в проблеме сохранения здоровья и лечения человека).

2. Представление китайской медицины о человеке как микрокосме, разновидности диагностики и лечения в китайской медицине, имеющие социальную значимость (в борьбе с табакокурением и другими зависимостями).

3. История возникновения, основные принципы и социальная сущность Айюрведы, как одного из направлений альтернативной медицины.

4. Понятие о болезни и здоровье в альтернативном направлении медицины (Айюрведа),подходы к использованию питания и медитации в этой системе.

5. Понятие о механизмах влияния и показаниях к применению в борьбе с зависимостями иглорефлексотерапии и аурикулоакулунктуры и пр.

Литература

1. Коллиндж У. Альтернативная медицина.-М., 1997.

2. Лисицин Ю.П. Теории медицины XX века. М.: "Медицина", 1999. - 176с.

3. Пути и методы борьбы с курением среди населения. Авторы ЗборовскийЭ.И.Рракович А.А., Борисова Г.С. Минск, 1986. – 25с.

6. Зборовский Э.И. Право на здоровье – право на жизнь. Неман. 2001**.**№11**.**

Тема 10. Медико-социальные проблемы здоровья и биоэтика (УСР)

1. Понятие о трансплантации, имплантации, пластике, донорстве, их виды, значение их при решении социальных проблем человека.

2. Социально-психологические и нравственно-этические проблемы донорства и реципиента в процессе трансплантации.

3. Социальный смысл принципа абсолютного приоритета жизни перед смертью. Мировоззрение Альберта Швейцера и его значение в практической деятельности, специалиста по социальной работе.

4. Прерывание беременности как социальная и нравственно-этическая проблема.

5. Биоэтика и современные биотехнологии. *Литература*

1. Биомедицинская этика: проблемы и перспективы. Материалы межд.конференции.Минск, 12-13 октября 2000 г. – 170 с.

2. Биомедицинская этика. Учебное пособие, под ред. Мишаткиной Т.В. и др.Минск,2003. – 320с.

Тема 11. Медико-социальная работа и здоровье (семинар)

1. Медико-социальная работа (история формирования, предмет и объект, определение ВОЗ, опыт Н.И.Пирогова, Ф.П.Гааза), социальное значение

2. Понятие о медико-социальной работе и ее основные направления (аспекты), макро и микроуровни этой работы.

3. Классическая триада концепции профилактики заболеваний и ограничений жизнедеятельности, ее место в медико-социальной работе по сохранению здоровья населения.

4. Понятие о бригадном принципе, составе бригад и их функциях при оказании медико-социальной помощи пожилым людям. Дома сестринского ухода.

5. Характеристика задач социальных работников, работающих в учреждениях здравоохранения (опыт Б.Брекмана и отечественный опыт).

6. Эпидемиологические акции «здоровье» в медико-социальной практике (понятие,принципы организации, примеры, социальная эффективность).

Литература

1. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа. – М.: Наука, 1999. -240 с.

2. Социальная работа. Словарь-справочник. – Контур, 1998, – 480с.

3. Черносвитов Е.В. Социальная медицина. – М., 2000, – 302 с; 2003, - 624с.

4. Энциклопедия социальной работы. В 3 т./Пер. с англ. М., 1994

5. Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов.- Минск: БНИИЭТИН, 1998, – 345 с.

8. Лекция.

Задачи на подготовку УСР по теме: "Индивидуальное и общественное здоровье в технологиях работы специалиста по социальной работе"

Работа представляется в виде доклада и приложения к нему, демонстрирующих практическое умение пользоваться материалом, касающимся социальных проблем здоровья, предусмотренных программой курса на текущий семестр.

1. Определите наиболее близкое к вашим интересам направление социальной деятельности, ориентированное на определенную социальную группу. При затруднении с выбором социальной группы рекомендуется пользоваться моделью своей семьи. Опишите ваше представление о направлении

социальной работы, ориентированной на заботу о здоровье членов семьи как социальной группы, включая дедушек и бабушек, можно прадедушек, прабабушек и родственников с выделением среди них лиц с ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью. При отсутствии подобных случаев среди родственников работоспособного возраста воспользуйтесь социальными проблемами здоровья в старости. Увяжите это представление с определением здоровья по Уставу ВОЗ, с понятием общественного здравоохранения, с социальными детерминантами здоровья (доходы, занятость, образование, качество жизни, личностные особенности), с удельным весом социальных и биологических факторов (по Ю.П.Лисицыну), влияющих на потенциал здоровья, со здравоохранительными этическими ценностями христианства, и другими социальными условиями и мерами, рассмотренными в течение данного курса. Для иллюстрации опишите 1-2 примера (случаи) социальных проблем у конкретного представителя из Вашего родовода, которые привели к определенным социальным последствиям. (При необходимости можно дать вымышленное имя). Опишите его социальные характеристики (возраст, пол, образование, профессию, должность, достижения, участие в войне и пр.), его социальные проблемы, влияющие на здоровье и социальную успешность, а также профилактические меры, которыми можно было эти последствия предупредить. Укажите семейные традиции взаимопомощи, социальной поддержки больных, инвалидов, сирот, престарелых. Если эти случаи сыграли определяющую роль в выборе Вами специальности, свяжите их со своим выбором. Можно привести примеры из семьи соседей, друзей, знакомых. Описание составляется в свободной форме, наиболее удобной по Вашему мнению. Описание желательно структурировать по разделам. Используя термины, рассмотренные по программе курса, приведите, выделив жирным шрифтом, определения этих понятий со ссылкой на источники. Описание должно показать умение студента подготовить и доходчиво изложить доклад на указанную тему, предназначенный для специалистов, обосновывающий необходимость развития соответствующего проекта на предполагаемом месте работы.

2. Составьте (в качестве приложения экспериментального материала) генеалогическую справку вашей семьи (родители, дедушки и бабушки, прадедушки и прабабушки и т.д., чем глубже, тем лучше), с указанием фамилии, имени, отчества, года и даты рождения, а для умерших и даты смерти, места рождения, места жительства, рода деятельности. Если менялись девичьи фамилии, их желательно указывать в скобках.

Если в Вашей генеалогии имеются участники Отечественных вой" (здравствующие, погибшие, умершие), опишите их участие на отдельном листке и по возможности изложите медико-социальные меры, которые сле-

довало бы провести, чтобы жизнь родственников была более длительной, с более высоким социальным и психическим благополучием. Описываемый материал, касающийся участников войны, предлагается представить на выставку "В памяти потомков", которая планируется в ГИУСТ и Дню Победы.

Генеалогическое дерево должно быть оформлено по принятым формам – один из вариантов такой формы представляется преподавателем.

Объем доклада, включая приложения, 3-4 страницы, шрифт 14, формат А4.

Литература

1. Черносвитов Е.В. Социальная медицина. – М., 2000; 2003. – 624 с.
2. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа. – М.: Наука, 1999. - 240 с.
3. Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов.Матер, межд. конфер. 1996 г. – Мн., 1998. – 345 с.
4. Технологии социальной работы. -М.: Инфра-М, 2001. -399 с.
5. Фурсов В.М., Студенова Е.Г. Теория социальной работы. – М.: ВЛАДОС, 2000. -432 с.

Тема 12. Политика ВОЗ «Здоровье для всех». Задачи и стратегии последней четверти XX века» (Семинар)

1**.** Исходя из политики ВОЗ «Здоровье для всех в 21 столетии», а также опираясь на другие материалы ВОЗ и темы, касающиеся медико-социальных основ здоровья, здравоохранительные принципы «Всеобщей декларации о правах человека», примеры из нашей жизни, касающиеся факторов риска неинфекционных заболеваний и образа жизни молодежи **в** социуме, каждый студент пишет свое эссе (письменный ответ), дав ему название (заголовок) по собственному усмотрению. Например, может

З а д а н и е

на УСР по учебному курсу «медико-социальные основы здоровья» на тему: «Социальное эхо войны» (до 65-летия победы ВОВ).

Контролируемая самостоятельная работа (УСР) оформляется в письменном виде, в форме эссе (свободное изложение) или научного доклада (с привлечением цифр, научных, исторических фактов, воспоминаний определений, цитат) с преимущественной ориентацией на один из предлагаемых вариантов:

1. Голоса ветерана.
2. Голоса вдов.
3. Голоса матерей.

4. Голоса сирот войны (потеряли во время войны кого-то из родителей).

5. Голоса детей войны (детство прошло в лишениях, вызванных войной; родились с 1928 по 1948 г.)

Цель УСР: 1.Научить студента сбору социального анамнеза и анализу влияния социальных трудностей и ограничений военного и послевоенного периода на: последующую жизнедеятельность граждан, здоровье, самореализацию себя как личности, умение преодолевать социальные, медицинские, психологические препятствия, встречавшиеся в социальной среде; знакомство с мерами государственной социальной защиты и самозащиты указанных категорий граждан.

2. Собрать и сохранить для истории социальный опыт войны и послевоенного периода.

Задание выполняется в рамках научной методологии, рассматриваемой в темах: «Социальная медицина и проблемы социальной защиты человека с дефектами здоровья»; «Болезнь – стеснённая в своей свободе жизнь», «Социальные проблемы здоровья во Всеобщей декларации прав человека»; «Общественное здоровье в технологиях работы специалиста по социальной работе».

Проблемы здоровья рассматриваются: в рамках определения здоровья по ВОЗ (физическое, душевное и социальное благополучие); социальных детерминант здоровья (доходы, занятость, образование, качество жизни, жизненные ценности); отношения людей, судьбы которых затронула война или послевоенные трудности, к семье и детям (разводы, социальное э

сиротство, семенные ценности, взаимопомощь, трудовое воспитание детей) в сравнении с современностью; отношения между поколениями; влияние на здоровье отношения к духовным и материальным ценностям, к алкоголю и другим вредным привычкам в трудные годы.

Анализ социальных проблем осуществляется на основе личного опроса представителей одной или нескольких из поименованных категорий населения: родителей, бабушек, дедушек или других родственников, соседей. При необходимости, по усмотрению студента, может применяться анкетирование. Надо стараться собирать информацию максимально объективно. Не столько отразить эмоции, сколько собрать факты, показывающие какие трудности, лишения, попрания прав человека пришлось перенести людям, уяснить методы, с помощью которых люди преодолели невзгоды, одержали победу над врагом, восстанавливали народное хозяйство, сожженные сёла и города, при этом не потеряли чести, человеческого достоинства, чувства свободы, социальной справедливости, сохранили здоровье. Важно показать какими путями удавалось или не удавалось сохранить указанные качества, которые именуются этическими ценностями социальной работы. При возможности, жела-

тельно проиллюстрировать фотографиями, выражениями опрашиваемых, описанием их реакции на этот опрос. Указывайте, если возможно, фамилию, имя, отчество, возраст, социальное положение рассказчика. При невозможности – обозначьте инициалы и возраст.

Объём УСР – до 2 – 2,5 стр. машинописи. Все работы будут обсуждены в группе и оценены преподавателем с выставлением оценки, учитываемой в рейтинговой системе. Лучшие работы, содержащие значимую для социальной науки информацию, будут рекомендованы на научную студенческую конференцию, с последующим опубликованием в печати.

Для расширения представления о спектре возможных социальных проблем, которые могут встретиться при опросах рекомендуется литература: ЭЛ. **36apoycKi** "Лесы, апаленыя вайной" 2005 г., "Крыж памящ героям вайны..." 2007 г., "Ствары сябе, чалавек" 2007 г. "Крыж памящ..." трымае два нарысы, зробленыя студэнткам! 1-га і 3-га курсау Дз1КСТ.

Итог работы завершается выводом, касающимся социального эха войны, влияющего на физическое, душевное, социальное благополучие в ближайшей и отдалённой перспективе.

Тема 12. Политика ВОЗ «Здоровье для всех». Задачи и стратегии последней четверти XX века» (Практическое занятие)

Подготовка эссе *«К здоровью и счастью семьи через гармонию и принадлежность»*

Цель эссе: Научить студента систематизированному изложению собственной позиции по вопросу формирования здорового образа жизни через «чувство гармонии и принадлежности». Изложить модель рекомендаций для своей семьи, которая в будущем будет адаптирована к клиенту.

Задача: В политике ВОЗ «Здоровье всем в XXI столетии», в задаче № 4 – Здоровье молодежи – указано, что к 2020 г. молодежь в Европейском Регионе должна быть более здоровой и лучше подготовлена к тому, чтобы выполнять свои обязанности в обществе.

Это предполагает:

- дети и подростки должны обладать лучшими жизненными навыками и возможностью сделать здоровый выбор;
- смертность и инвалидность, связанные с актами насилия и несчастными случаями, в которые оказываются вовлеченными молодые люди, должны сократиться по крайней мере на 50%;
- доля молодых людей, которым свойственны вредные привычки поведения, связанные с употреблением наркотиков, табака и алкоголя, должна значительно сократиться;

• уменьшение частоты беременности у девочек-подростков по крайней мере на одну треть.

Эссе должно показать предлагаемый студентом путь решения этой задачи через такую стратегию, как ***«чувство гармонии и принадлежности».*** Международный опыт показал, что здоровье укрепляется, если люди уверены и чувствуют, что жизнью можно управлять, что она имеет смысл, и что они обладают достаточными способностями и возможностями.

Тема 13. Табак – медико-социальные последствия, пути решения проблемы (УСР) Задание для подготовки учебной программы по проблеме: «Молодежь за жизнь без табака»

Программа составляется по предлагаемой схеме, но предполагает самые широкие инициативы и изобретательность студента. Программы подлежат 'обсуждению на семинаре, возвращаются студентам для накопления банка собственных проектов и методик для будущей практической работы.

1. **Цель программы:**

1.1. Обучить студента практическим навыкам составления программы по борьбе с табакокурением среди молодежи и школьников, как меры их социальной защиты.

1.2. Обеспечить студента проектом, который может стать в дальнейшем моделью для формирования соответствующей программы на будущем рабочем месте специалиста по социальной работе, а также при прохождении производственной или преддипломной практики.

Задача. Добиться за 2 года снижения курения на 10% среди молодежи 16-25 лет и среди детей до 15 лет. При этом надо видеть общую задачу, поставленную ВОЗ: числонекурящих к 2015 году должно быть не менее 80% среди лиц старше 15 лет и около 100% среди тех, кто не достиг 15 лет.

Описание коллектива, где проводится программа (характер профессии, половой и возрастной состав, структура коллектива, образование, доходы, рентабельность предприятия и пр.)- Студент выбирает один из предлагаемых вариантов: факультет, ПТУ, школа, БГУ, г.Мянск, одно из промышленных или сельскохозяйственных предприятий, район города или сельский район (возможен выбор других объектов по согласованию с преподавателем). Желательно ориентироваться на коллектив, где можно рассчитывать на поддержку руководства, спонсорскую помощь...

Характеристика частоты курения табака в избранном коллективе. Курящими считаются те, кто выкуривают хотя бы одну сигарету за сутки. Ранее установлено, что в г.Минске среди мужчин 40-59 лет курят 50%, а в целом среди мужчин 30%, дети начинают курить с 10-12 лет. Распространяется курение среди женщин.

Методические подходы, принимаемые за основу программы:

Рекомендации Мадридской хартии 1988 г. и десять стратегий «За Европу без табака»; Варшавская декларация «За Европу без табака» (2002 г.);

Опыт программы СИНДИ в[1] Республике Беларусь, материалы протокола программы СИНДИ ВОЗ (риск курения для развития инвалидизирующих заболеваний и преждевременной смерти по нозологиям).

Сроки и этапы разработка протокола программы и проведения самого исследования по протоколу:

1. Разработка протокола – 1 месяц;
2. Организация рабочего места, подготовка исполнителей, составление списков популяции, приобретение оборудования, изготовление печатной продукции и пр.;
3. Пилотное исследование для установления частоты курения и особенностей контингента, обеспечение стандартизации – 2-3 месяца;
4. Уточнение протокола (исходя из результатов пилотного проекта);
5. Проведение самой программы по разработанному протоколу;
6. Анализ данных с написанием отчета;
7. Условное начало проекта-01.04.2004 г., окончание -01.04.2006 г.

Средства, привлекаемые для реализации программы: на общественных началах; за счет НИР студентов, курсовых и дипломных работ. По желанию студентов могут быть привлечены средства спонсоров, может быть предложен проект заинтересованным вузам, школам, предприятиям и пр. Может быть изложен отдельный проект, касающийся привлечения средств для программы, кооперируясь например, **со** студентами экономической специальности.

Возможные методы профилактического воздействия (вмешательства):просвещение (лекции, беседы, шоу, радио и телевидение, рассылка информации на разных носителях и т.д.; образование и обучение, тренинги; медицинские меры (обследование, выявление групп риска, установление индивидуального риска, выдача напрокат некоторых средств, закрепление специалиста и пр.); фармакологические воздействия (анабазин, жевательные резинки и пр.); психологические воздействия (групповые и индивидуальные). Раздел желательно развернуть, учитывая ориентированность студентов на психологию; медико-социальные меры (помощь в лечении, снятии синдрома зависимости и пр.); этические и культурологические технологии; – экономические меры (мотивации, налоги, поощрения и пр.).

Документация программы, основанная на протоколе исследования, порядок

формирования, хранения и т.д.

Организация процесса выполнения программы.

Виды показателей**,** которые рекомендуется использовать для оценки процесса выполнения и конечной результативности программы:

- Смертность от причин, связанных с употреблением табака;
- Данные о распространенности и интенсивности курения в соответствующих группах населения, а также данные национальной статистики о потреблении табака;
- Другие медицинские и социальные данные (данные стоматологов, акушеров-гинекологов, рак легких, ампутации у курильщиков);
- Заключительное обследование, оценивающее результат достижение цели за срок реализации программы;
- Анализ эффективности, как процесса, так и результата реализации профилактических вмешательств (после заключительного обследования).

Расчет экономических затрат на программу.

Разработка предложений по развитию программы до 2015 г., обеспечивающей достижение задач ВОЗ (некурящих не менее 80% старше 15лет и в возрастедо15лет). Органы управления программой и структура управления.

Рекомендуемая литература для составления программы:

1. Профилактика через первичное здравоохранение. – Минск, 1998.
2. Походы к интегральной профилактике неинфекционных заболеваний. – Минск, 1999.
3. Зборовский Э.И. и др. Возможности оценки и снижения риска неинфекционных заболеваний. – Минск, 2000. '
5. Лекционный материал.
6. Другие источники.

Тема 14. Алкоголь – медико-социальные последствия потребления, пути решения проблемы (УСР)

Задание для подготовки учебной программы «Молодежь за трезвые перспективы»

Цель УСР:

1.1. Обучить студента практическим навыкам составления программы по борьбе с алкоголизмом среди молодежи и/или во взрослых коллективах, опираясь на стратегии Европейской хартии по алкоголю (1995), знания, полученные в процессе изучения курсов – основы медицинских знаний, наркологии, блока психологических дисциплин, теории и технологий социальной работы и т.д.

1.2. Обеспечить студента лично составленным учебным проектом, на базе которого в дальнейшем можно готовить соответствующий конкретный проект для профилактики и снижения распространенности алкоголизма в ор-

ганизованных и неорганизованных коллективах, в которых придется проходить производственную, преддипломную практику и, в последующем, работать.

Задача, которая должна быть предположительно решена в процессе последующего выполнения программы, в случае переноса ее в конкретные условия, -добиться за 2 года функционирования программы снижения потребления алкоголя, в группе ее реализации на 10-15% от потребления на момент начала исследования.

При решении задачи надо учитывать:

что в Республике Беларусь в 2000 г. в среднем потреблялось 9,7 литра чистого алкоголя на душу населения в год;

данные ВОЗ о том, что наименьший ущерб у потребителей алкоголя наблюдается при потреблении до 2-х литров чистого алкоголя в год на человека;

поставленную ВОЗ задачу перед странами Европейского региона - добиться того, чтобы потребление алкоголя к 2015 году было не более 6 литров в год среди взрослых и практически равным нулю среди тех, кто еще не достиг 15 лет.

В программе вначале определяется коллектив или регион, для которого она адресуется, отражаются *цели* и *задачи,* а затем раскрываются пути их реализации со структурированием по разделам» излагаемым ниже.

Описание социальных характеристик коллектива, где предполагается поводить исследование (численность, вид деятельности, тендерные характеристики, возраст, образование, доходы, рентабельность предприятия, психологический климат в коллективе и пр.) Желательно выбирать ПТУ, предприятие, общежитие, вуз, совхоз или колхоз, район города или сельский район, город и пр., где складывается неблагоприятная обстановка по употреблению алкоголя. Коллектив или регион выбирается по усмотрению студента, желательно исходя из предполагаемого места последующей работы или наличия заинтересованных лиц или организаций, готовых поддержать развитие этого проекта.

Характеристика потребления алкоголя в коллективе по прямым данным социологического исследования (число лиц, злоупотребляющих алкоголем) или косвенным данным (нарушения трудовой дисциплины, опоздания на работу, чрезвычайные происшествия, автомобильные аварии, разводы, суициды, принудительное лечение, невыход на работу после дней зарплаты и аванса, конфликты в коллективе, разводы и т.д.).

5. *Методические подходы,* описанные специальным протоколом, который выделяет:

5.1. Массовые медико-социальные и информационно-образовательные меры, основанные на десяти стратегиях Европейской хартии по алкоголю (1995).

5.2. Групповые меры воздействия на избранное население, основанные на групповых технологиях и тренингах борьбы с зависимостями.

5.3. Индивидуальные меры помощи лицам с зависимостями (медицинские, привлекая врачей, психологические, социальные).

5.3. Подходы, изложенные в методических документах по программе СИНДИ.

6. Сроки и этапы разработки следующего за программой подробного протокола исследования:

- разработка протокола – 1 месяц;
- организация рабочего места, подготовка исполнителей, составление списков населения региона или коллектива, где студент предполагает проводить исследования;
- пилотное исследование – 2-3 месяца (излагается его суть);
- уточнение протокола (исходя из результатов пилотного проекта);
- проведение основной части программы (после уточнения протокола);
- анализ данных с написанием отчета;
- условное начало проекта -1 апреля 2004 г. – окончание – 1 апреля 2006 г.

Возможные методы профилактических вмешательств в избранной группе населения или популяции и помощи при зависимостях (популяционные, групповые, индивидуальные):

- просвещение (лекции, беседы, шоу, радио, телевидение, реклама, буклеты, письма, ярмарки и т.д.);
- образование и обучение, тренинги;
- медицинские меры (консультации, лечение и пр.);
- психологические воздействия по известным принципам (12 шагов и пр.); желательно этот раздел развернуть конкретно с учетом знаний, полученных по дисциплинам психологии;
- медико-социальные меры;
- социальные меры (поощрения, взыскания, поддержка семьи, предоставление квартиры, направление на учебу и пр.);
- этические и культурологические;
- экономические меры (налоги, поощрения, мотивация и пр.).

8. Материальные средства, необходимые на программу (для исследования явления в обществе и вмешательств, для оборудования, включая компь-

ютеры и пр., для зарплаты персонала, для оплаты помещения, транспорта, канцпринадлежностей, издательских расходов и пр.).

- Помещение (описание примерного размера и требований к нему).
- Документация программы.
- Виды показателей оценки процесса выполнения и конечных результатов программы.
- Заключительное обследование (сроки, объем, содержание, что позволяет получить конечный результат, вытекающий из цели).
- Анализ результатов и процесса реализации профилактических вмешательств.
- Расчет экономических затрат на программу.
- Разработка предложений для продолжения программы до 2015 г., с решением задачи, поставленной ВОЗ.

Рекомендуемая литература для составления программы:

1. Профилактика через первичное здравоохранение. – Минск, 1998.
2. Походы к интегральной профилактике неинфекционных заболеваний.-Минск, 1999.
3. Зборовский Э.И. Возможности оценки и снижения риска неинфекционньс: заболеваний. – Минск, 2000.
4. Лекционный материал.

Тема 15. Народонаселение и здоровье человека в документах ООН. Всеобщий дизайн и здоровье (семинар)

1. Коллективный опыт мирового сообщества в обеспечении социальных детерминант здоровья. Основные документы и решения ООН по народонаселению и развитию, связь их с экономической и социальной глобализацией, истощением природных.ресурсов.
2. Демографические тенденции в странах Запада, Востока и Республики Беларусь (средняя ожидаемая продолжительность жизни, рождаемость, смертность) и задачи социальных служб, вытекающие из политики ООН по народонаселению и развитию.
3. Понятие о принципах и целевых областях формирования политики ООН по народонаселению и развитию. Социальный смысл справедливого удовлетворения потребностей нынешнего и будущих поколений в области народонаселения и развития (принципы 1-5 конференции по народонаселению и развитию, Каир, 1994).
4. Социальное значение связей между народонаселением, окружающей средой и развитием во имя здоровья нынешнего и будущих поколений.

Семья и проблемы народонаселения и развития, права детей, ответственность родителей за образование и воспитание детей .

5. Социальная политика ООН по народонаселению и социальные детерминанты здоровья: отношение *к* мигрантам, беженцам, к культуре, укладу жизни коренного населения. Дифференцированная ответственность стран с разным уровнем экономического развития, за формированием социально справедливой политики народонаселения (принципы 12-15).

6. Целевые области, касающиеся политики и акций ООН по народонаселению и развитию, связанные с социальными детерминантами здоровья: стратегии укрепления и планирования семьи, отношения к детям и пожилым, новая экономическая и социальная роль трудоспособных членов семьи и пожилых.

Литература

1. Зборовский Э.И. Панорама демографических тенденций в социальной статистике и технологии решения социальных проблем. /Общество, экономика, право: Сб. науч.тр.2002-2003.-Мн.:ФУСТБГУ,2003.-С. 151-169.

2. Материалы международной конференции по народонаселению и развитию.Каир,5-13сентября 1994 г.

3. Всеобщая декларация о правах человека, ООН, 1948.

4. Лекция.

Тема 16. Интегральная программа профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ) (семинар)

1. Понятие о программе СИНДИ (история, цель, назначение, концепция).

2. Понятие о факторах риска (определение, характеристика, уровень риска, суммарный риск).

3.. Классификация факторов риска и интерпретация их медико-социального значения на. 3-4 примерах.

4. Принципы интеграции в общенациональной программе профилактики, виды организации профилактических вмешательств.

5. Задачи министерств и ведомств в программе СИНДИ (образование, здравоохранение, труд и социальная защита, спорт, культура, информация).

6. Программа и протокол программы СИНДИ (понятие, различия, место их в проекте программы, источники финансирования проектов, опыт Канады).

Рекомендуемая литература

1. Зборовский Э.И., Гракович А.А. и др. Возможности оценки и снижения риска неинфекционных заболевания. СИНДИ, Беларусь. – Минск, 2000. – 171 с.

2. Зборовский Э.И., Гракович А.А. Методология разработки плана профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в Беларуси. – Минск,.1998.

3. Профилактика через первичное здравоохранение. Рекомендации для улучшения качества работы. СИНДИ. (Под ред. L.Dobrossy, адаптация под ред. Э.И.Зборовского). -Минск, 1998.

4. Подходы к интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. Под ред. проф. Э.И.Зборовского. -Минск, 1999, – 203 с.

5. Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь. Министерство статистики и анализа Республики Беларусь. Статистический сборник.-Минск, 2002.

6. Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ.-ВОЗ, 1999.

ЗАДАНИЕ

На подготовку УСР по материалу курса "Медико-социальные основы здоровья", рассмотренному в первом семестре изучения дисциплины.

Цель **УСР:** научить студента готовить лекции (беседы), статьи, памятки для информирования в населении навыков и умений общественного здравоохранения.

Учебная группа делится на три равные подгруппы, и все студенты подгруппы готовят один из указанных ниже трех вариантов УСР, предусмотренных учебной программой.

УСР выполняется в письменной форме и представляет собой текст беседы или краткой лекции (15-20 мин.), ориентированной на смешанную аудиторию молодежи (студенты ВУЗа или учащиеся ССУЗа, ученики старших классов СШ, молодые рабочие завода, фабрики, колхоза).

В тексте выделяются: вступление, где оговаривается цель беседы (лекции) – улучшение показателей физического или психического здоровья слушателей, исходя из концептуального определения здоровья по ВОЗ, социальных детерминант здоровья, структуры составляющих потенциала здоровья по Ю. Лисицину, социально-психологических особенностей избранного контингента слушателей; характеристика рассматриваемой проблемы с использованием цифровых данных, мнений специалистов, научных выкладок, с подкреплением соответствующими источниками; методы и технологии, предлагаемые для достижения целей, посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья по ВОЗ (доходы, занятость, образование, качество жизни), психологическую удовлетворенность, причины психоэмоцио-

нального стресса, факторы, ограничивающие свободу человека и приводящие к социальным болезням; заключение, подводящее краткий итог сказанному. Лекция должна побуждать слушателей к участию в формировании системы общественного здравоохранения.

В беседе (лекции) должны быть использованы знания, полученные по прочитанному курсу медико-социальных основ здоровья, включая понятия о социальной гигиене и социальной медицине, проблемы здоровья в христианстве, социальные проблемы здоровья, зафиксированные во Всеобщей декларации прав человека, ссылаясь на соответствующие статьи и пр.

Лекция должна быть отпечатана и проиллюстрирована 2-3 рисунками, графиками, диаграммами, стихами, афоризмами и пр.

Каждый студент выступает со своей лекцией перед всей группой. Изложенный материал может быть частично использован при подготовке итоговой УСР на тему: "Индивидуальное и общественное здоровье в технологиях работы специалиста по социальной работе". Итоговая УСР

будет обсуждена в группе, но должна быть оформлена в виде статьи для местной прессы или памятки для населения в объеме до 3-4 страниц машинописи (А-4).

УПРАВЛЯЕМАЯ САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ПО КУРСУ «СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА»

ЗАДАНИЕ № 1. Разработка программы (стратегический план) интегрированной профилактики неинфекционныж заболеваний.

Творческая группа студентов разрабатывает проект программы, ориентированный на объект по ее усмотрению. Желательно, чтобы это был один из перечисленных объектов: учреждение, предприятие, учебное заведение, школа, ПТУ, административный район (сельский и городской), область, в котором, предположительно, в будущем студент будет проходить практику или работать. На основании разрабатываемой программы в последующем может выполняться курсовая или дипломная работа.

Программа составляется по плану – структура методологии разработки программы профилактики НИЗ, представленному на лекции, а также других тем и литературных данных. Если студент не располагает конкретными сведениями, относящимися к характеристике избранного объекта, допускается использовать примерные, но максимально приближенные к реальности данные по собственному усмотрению.

Программа составляется кратко (примерно 2 страницы) и является основой для разработки протокола.

Структура программы: название; долгосрочные цели (10-15 лет); краткосрочные цели (2-4 года); задачи; характеристика медико-социальных про-

блем здоровья в коллективе; статистика проблемы; необходимость эпидизучения факторов риска; общие направления стратегии (совершенствование законов, маркетинг, оргмеры, образование населения через СМИ и пр.); оценка программы; приоритетные углубленные проекты; план действий по внедрению в практику; затраты (руб.); управление.

ЗАДАНИЕ № 2. Разработка плана-схемы протокола демонстрационного проекта программы интегрированной профилактики НИЗ, подготовленной по заданию № 1 Протокол разрабатывается по схеме, представленной в лекции. Он представляет документ, предписывающий конкретные виды, процедуры, методы оценки известных факторов риска и объемы профилактических вмешательств в конкретной популяции населения, с учетом ее количества, полового состава, социальных характеристик и т.д. Протокол должен обеспечить решение всех задач и достижение выделенных целей.

Исходя из избранного объекта, цели и задачи исследования, протокол должен быть ориентирован не менее чем на 3-4 фактора риска по усмотрению студентов.

Факторы риска выбираются из следующей схемы:

1. Биологические факторы риска:

- повышенное артериальное давление;
- изменения в уровнях липидов крови;
- сахарный диабет;
- наследственно-конституциональные особенности личности. . 2. 2. Поведенческие факторы риска:
- курение (выкуривание хотя бы одной сигареты ежедневно);
- нерациональные привычки питания (увлечение соленой или жирной пищей, превалирование жиров животного происхождения, избыток рафинированных углеводов, обильное употребление пищи вообще, а также перед сном, питание наспех, недостаточное употребление овощей и фруктов и пр.);
- избыточная масса тела;
- недостаточная физическая активность (гиподинамия);
- употребление алкоголя;
- употребление наркотиков.

3. Психосоциальные факторы:

- психологический стресс;
- усталость на работе;
- чувство страха при неуверенности в занятости, получении образования и пр.;
- семейная и бытовая неурядица;
- бедность и социальная незащищенность;
- враждебность, злобность.

Несчастные случаи на производстве, на дорогах, в быту. 9. Экологические факторы.

Рекомендуемая литература

1. Зборовский Э.И., Гракович А.А. и др. Возможности оценки и снижения риска неинфекционных заболевания. СИНДИ, Беларусь. -Минск, 2000. – 171 с.

2. Зборовский Э.И., Гракович А.А. Методология разработки плана профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в Беларуси.- Минск, 1998. 2. Профилактика через первичное здравоохранение. Рекомендации для улучшения качества работы. СИНДИ. (Под ред. L.Dobrossy, адаптация под ред. Э.И. Зборовского). – Минск, 1998.

3. Подходы к интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. Под ред. проф. Э.И. Зборовского. – Минск, 1999, – 203 с. 2. Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь. Министерство статистики и анализа Республики Беларусь. Статистический сборник. – Минск, 2002. 2. Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – ВОЗ, 1999.

ТЕМАТИКА КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ

1. Медико-социальная характеристика и механизм действия социальных детерминант здоровья: уровень доходов, занятость, образование, жизненные ценности, качество жизни.
2. Общественное здоровье в древности и в современных условиях. Холизм и здоровье.
3. Здоровье человека и этические ценности социальной работы (достоинство, свобода, социальная справедливость, самоактуализация личности, право на здоровье и жизнь).
4. Идеи христианства, сохраняющие здоровье в современных технологиях сохранения здоровья человека и общества, обеспечивающие физическое, душевное и социальное благополучие общества.
5. Социальная медицина как стратегия медико-социально-психологической защиты человека.
6. Социально-психологический стресс и здоровье, применительно к семье м трудовым коллективам.
7. Социально-психологическое благополучие семьи – основа ее здоровья.
8. Школа и формирование здорового образа жизни человека (задачи учителя, ученика, родителей) посредством формирования духовно-нравственных ценностей.
9. Физическая активность и здоровье общества. Индивидуальные программы оздоровления, основанные на социальных детерминантах здоровья и поведенческих факторах риска болезней.
10. Медико-социальная работа в учреждениях здравоохранения (с примерами).
11. Общенациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ), возможности применения по Вашему месту работы.
12. Поведенческие и социально-психологические факторы риска неинфекционных заболеваний (медико-социальная характеристика и коррекция).
13. Общественное здравоохранение и технологии социальной работы. Реабилитация среди мер само- и взаимопомощи.
14. Туберкулез: частота, социальные причины, социальные последствия, социальная профилактика (порочный круг бедности и болезней).
15. Условия труда на производстве и здоровье, значение эргономики, коллективный договор.

16. Производственный, автодорожный и бытовой травматизм (социальные причины и последствия). Роль специалиста по социальной работе в снижении медико-социальных последствий.

17. Социально-психологический климат в трудовом коллективе и здоровье. Значение коллективного договора.

18. Социально-психологические проблемы пожилого человека и здоровье.

19. Проблемы здоровья и биоэтика (воззрения А. Швейцера) в современных технологиях социальной защиты личности.

20. Медико-социальные проблемы онкологических больных, место специалиста по социальной работе в их решении.

21. Медико-социальные и этические проблемы пожилого в семье, пути коррекции, значение генеалогии.

22. Конституция, темперамент и здоровье в практике социальной работы.

23. Никотиновая зависимость (механизмы влияния курения, органы мишени) социальные последствия, профилактика.

24. Теория "порочного круга нищеты и болезней" (включая мальтузианство и закон Энгеля): медико-социальный аспект.

25. Мальтузианство и современные взгляды на медико-социальные проблемы народонаселения, связь с национальной программой демографической безопасности.

26. Болезнь – стеснённая в своей свободе жизнь: медико-социальный аспект здоровья.

27. Евгеника (методологическая сущность и социальные последствия практического использования теории) и этические ценности социальной работы.

28. Опыт альтернативной медицины Китая и Индии в поддержании здоровья общества.

29. Всеобщая Декларация о правах человека и этические ценности социальной работы (достоинство, свобода, социальная справедливость, самоактуализация личности, право на здоровье и жизнь).

30. Здоровье для всех в 21 столетии – политика ВОЗ в социальной интерпретации.

31. Психическое и соматическое здоровье человека: практика социальной работы.

32. Задачи специалиста по социальной работе в составе медико-реабилитационной экспертной комиссии, история формирования ВТЭК и МРЭК.

33. Здоровье молодежи и пожилых в политике ВОЗ: социальные технологии.

34. Генеалогия и общественная социальная защита человека.

35. Декларация и конвенция ООН о правах инвалидов и их значение для формирования общественного здоровья.

36. Федерация физкультуры и спорта для инвалидов Республики Беларусь (история создания и значение для формирования общественного здоровья).

37. Медико-социальные последствия Второй мировой войны в памяти рода (к 70-летию победы в ВОВ). Задачи по медико-социальной защите ветеранов и детей войны.

38. Медико-социальные последствия аварии на Чернобыльской АЭС, связанные с переселением из загрязненных территорий.

39. История и технологии формирования системы социальной защиты инвалидов в переходный период 80-90-х годов.

40. Нравственные основы здоровья: интеграция усилий семьи и школы.

41. Общественная социальная защита личности и социальное просвещение.

42. Принципы солидарности и субсидиарности в формировании здоровья личности.

3. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

ВОПРОСЫ К ЗАЧЁТУ

1. Биологические и социальные предпосылки болезни, в теориях современной медицины. Основные социальные болезни и их распространенность. Общественное здоровье.
2. Понятие о здоровье и болезни в Древней Греции, на Ближнем Востоке (Гиппократ, Авиценна, Гален, Парацельс, холизм и медицина). Общественное здравоохранение.
3. Салернский кодекс здоровья, его медико-социальное значение. Этика, искусство, культура и здоровье.
4. Принципы охраны здоровья в земской медицине: особенности охраны здоровья жителей города и села.
5. Интерпретация идеального и практического определения здоровья в Уставе ВОЗ. Основные направления охраны здоровья, развиваемые ВОЗ.
6. Медицинские и социальные детерминанты здоровья (название, трактовка, удельные веса). Социальные детерминанты здоровья и основные болезни цивилизации.
7. Этические принципы здорового образа жизни, вытекающие из христианства. Оздоровительная роль поста.
8. Предмет, объект, задачи дисциплины медико-социальные основы здоровья. Проблема здоровья в социальной работе. Связь здоровья и счастья по А. Шопенгауэру.
9. Медико-социальные взгляды христианства на сохранение устоев семьи, предупреждение социального сиротства.
10. Генеалогия, примеры; ее медико-социальная сущность и значение в формировании здоровья, достижении этических ценностей социальной работы.
11. Этические ценности социальной работы и здоровье в трактовке ВОЗ.
12. Предмет, задачи, объект социальной медицины. Образ жизни и его составляющие, определяющие здоровье общества.
13. Исторические истоки социальной медицины. Вклад в социальную медицину Гиппократа, Теофраста, Аристотеля.
14. Социальная медицина Древнего исламского Востока, вклад в нее Авиценны.
15. Значение социальных основ здорового образа жизни через нравственную чистоту, жизнь по совести, символ белого халата.

16. Врачебно-трудовая экспертиза как направление социальной медицины в СССР и Республике Беларусь. Содержание и медико-социальный смысл трансформации ВТЭК во МРЭК.

17. Социально-гигиенические воззрения Н.А. Семашко и его вклад в развитие здравоохранения СССР.

18. Характеристика воззрений П.Б. Ганнушкина и А.В. Снежневского на развитие социальной медицины в области психиатрии (психопатия, вялотекущая шизофрения). Роль труда в медико-социальной защите лиц с болезнями в психической сфере.

19. Социальные предпосылки, побудившие к созданию первых институтов социальной медицины в Великобритании и других странах, история их формирования, их назначение и опыт деятельности.

20. Болезнь – стесненная в своей свободе жизнь. Биологические, физико-химические, социальные факторы, ведущие к ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности. Мальтузианство.

21. Понятие о социальной адаптации: психофизиологическая основа, формы адаптации, значение адаптации для здоровья человека. Закон Энгеля.

22. Социальные проблемы эвтаназии, пыток, смертной казни, трансплантации органов в контексте общественного здоровья.

23. Евгеника как наука о здоровье, ее история, перспективы и социальные последствия.

24. История возникновения Всеобщей декларации прав человека, трактовка медико-социальной и этической сущности декларации.

25. Основные социальные детерминанты здоровья и их представление в статьях Всеобщей декларации прав человека, механизмы их реализации.

26. Проблемы общественного здоровья в контексте прав на социальное обеспечение, на труд, на определенный жизненный уровень согласно Всеобщей декларации прав человека.

27. Обязанности личности перед обществом и медико-социальные аспекты здоровья в соответствии с Всеобщей декларацией прав человека.

28. Принцип единства человека и природы в китайской медицине, методы китайской медицины в борьбе с табакокурением и другими зависимостями.

29. История возникновения, и медико-социальная сущность Аюрведы.

30. Сущность идей Д.И. Вернадского о взаимосвязи человека и природы и идей китайской медицины о микро- и макрокосмосе. Понятие о ноосфере как условии защиты жизни.

31. Декларация, стандартные правила создания равных возможностей для инвалидов, конвенция о правах инвалидов, принятые ООН, их значение для медико-социальной защиты человека.

32. Прерывание беременности как медико-социальная и нравственно-этическая проблема.

33. Медико-социальная работа: история формирования, предмет и объект, определение ВОЗ, опыт Н.И. Пирогова, Ф.П. Гааза.

34. Понятие о медико-социальной работе и ее основные направления (аспекты), понятие макро- и микроуровня этой работы.

35. Классическая триада концепции профилактики заболеваний и ограничений жизнедеятельности в социальной работе (первичный, вторичный, третичный уровни).

36. Понятие о бригадном принципе, составе бригад и их функциях при оказании медико-социальной помощи пожилым людям. Домá сестринского ухода.

37. Характеристика задач социальных работников, работающих в учреждениях здравоохранения (по Б. Брекману и отечественный опыт).

38. Эпидемиологические акции "здоровье" в медико-социальной практике (понятие, принципы организации, примеры, социальная эффективность).

39. Олимпийские игры, их медико-социальная сущность в Древней Греции и в наше время.

40. Мировоззрение Альберта-Швейцера, его содержание и реализация. Медико-социальный смысл "преклонения перед жизнью".

41. Само- и взаимопомощь в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Дневник самоконтроля за показателями артериального давления, самочувствия, мерами оздоровления.

42. Порочный круг нищеты и болезней.

43. Социальные детерминанты здоровья, механизмы их влияния.

44. Этические ценности социальной работы и здоровье.

45. Направления охраны здоровья, развиваемые ВОЗ, место в них социальной медицины.

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

(заочная сокращенная форма обучения)

1. Социальная медицина как наука о закономерностях общественного здоровья, способах его сохранения и укрепления.

2. Междисциплинарные аспекты здоровья в достижении физического, психического и социального благополучия.

3. Здоровье индивидуальное и общественное: определение, взаимосвязь, различия.

4. Биологическая обусловленность здоровья. Наследственность и конституция. Генотип и фенотип.

5. Наследственные и врожденные заболевания. Наследственная и конституциональная предрасположенность к заболеваниям.

6. Социальное благополучие как составляющая здоровья. Порочный круг нищеты и болезней.

7. Социальные факторы, влияющие на индивидуальное и общественное здоровье

8. Демографические показатели рождаемости, смертности, естественного прироста населения, средней продолжительности жизни. Национальная программа демографической безопасности.

9. Факторы, влияющие на показатели рождаемости и смертности

10.Общая смертность, материнская смертность, младенческая и детская смертность.

11.Заболеваемость, ее виды, структура.

12.Образ жизни и здоровье. Здоровый образ жизни: социальные, психологические и медицинские аспекты.

13.Основные составляющие здорового образа жизни.

14.Образ жизни: понятие, системный подход в оценке уровня, качества, стиля и уклада жизни.

15.Риск как количественная мера возможного ущерба для здоровья

16.Абсолютный риск развития заболеваний и их осложнений, Определение, смысловое значение, методика расчета

17.Относительный риск развития заболеваний и их осложнений, Определение, смысловое значение, методика расчета

18.Эпидемиологические исследования и их роль в оценке состояния здоровья населения. Виды эпидемиологических исследований и акций здоровья.

19.Аналитические эпидемиологические исследования. Виды. Цели и задачи.

20.Одномоментные и проспективные эпидемиологические исследования. Цели и задачи. Методика. Трактовка результатов и сфера их использования

21.Факторы риска заболеваний, обусловленные образом жизни.

22.Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений. Поведенческие факторы риска.

23.Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

24.Стратегии профилактики заболеваний.

25.Здоровый образ жизни: понятие, значение для профилактики заболеваний.

26.Рациональное питание как фактор здоровья.

27.Значение двигательной активности для укрепления, сохранения и восстановления здоровья.

28.Общественное здоровье и общественное здравоохранение.

29.Н.А.Семашко и социальная медицина.

30.Предпосылки открытия институтов социальной медицины.

31.Различия между традиционной и социальной медициной.

32.Направления охраны здоровья, развиваемые ВОЗ, место в них социальной медицины.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Принципы построения и основные задачи политики здравоохранения в области укрепления и сохранения здоровья, изложенные в документе ВОЗ "Задачи по достижению здоровья для всех".

2. Особенности, стратегии, основные задачи и концептуальные отличия документа ВОЗ "Здоровье для всех в 21 столетии".

3. Понятие об Общенациональной программе интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ): история формирования, концепция, назначение основных проектов, условия интегральности.

4. Понятие об основных интегральных факторах риска наиболее распространенных неинфекционных заболеваний. Определение, характеристики фактора риска, уровень фактора, уровень риска, эпидемиологические методы изучения. Чувствительность и специфичность методов исследования в эпидемиологии.

5. Этика и здоровье – сущность, историческая связь понятий, значение в формировании здорового образа жизни.

6. Социальная медицина и социальная гигиена в решении проблем здоровья человека (содержание, предмет, отличия). Вклад Н.А. Семашко в социальную гигиену.

7. Медико-социальная работа – содержание, предмет и объект, задачи социальных работников, работающих в учреждениях здравоохранения, сформулированные Б. Брекманом; задачи, вытекающие из отечественного опыта.

8. Порядок установления причинной связи заболеваний и инвалидности с работами, связанными с аварией на Чернобыльской атомной электростанции.

9. Основные дефекты здоровья у детей, ограничивающие их жизнедеятельность. Задачи закона о специальном образовании. Учреждения для этой цели.

10. Сохранение физического и психического здоровья в пожилом возрасте. Роль семьи и социальных служб в охране здоровья пожилого человека.

11. Понятие здоровья в трактовке ВОЗ, медико-социальная интерпретация составляющих этих понятий, общественное здравоохранение.

12. План-схема протокола демонстрационного проекта интегрированной программы профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ) на предприятии (назначение, содержание).

13. Характеристика типов конституции по Чернорцкому и Шелдону. Понятие о соматотипических особенностях темперамента и ассоциации неинфекционных заболеваний с конституцией человека.

14. "Здоровое начало жизни" – задача политики ВОЗ "Здоровье для всех в XXI столетии". Инициативы "больниц доброжелательного отношения к ребенку".

15. Здоровье молодежи как задача политики "Здоровье для всех в XXI столетии". Стратегии решения: гармония и принадлежность…

16. Сохранение здоровья в пожилом возрасте – задачи к 2020 г., принципы сохранения здоровья пожилых, сформулированные в решениях Каирской конференции по народонаселению в 1994 г.

17. Взаимосвязь соматического и психического здоровья; факторы, предрасполагающие, поддерживающие, ускоряющие депрессию; задачи и меры по улучшению психического здоровья.

18. Состояние, причины, экономические и социальные последствия автодорожного травматизма в Республике Беларусь и странах Западной Европы. Меры и стратегии снижения социальных последствий ДТП.

19. Стресс и здоровье (механизмы, стадии, виды заболеваний, обусловленных стрессом, принципы предупреждения в технологиях социальной работы).

20. Курение табака как медико-социальная проблема. Мадридская хартия 1988 г. и 10 стратегий "За Европу без табака", Конвенция ВОЗ, меры по борьбе с табакокурением, реализуемые в конвенции в РБ.

21. Медицинские и социальные последствия злоупотребления алкоголем. Задачи ВОЗ по снижению потребления. Европейская хартия по алкоголю, принятая в 1995 г., задачи социальных служб в ее реализации.

22. Профессиональная трудовая деятельность и здоровье. Гигиенические и социальные меры по охране труда на производстве. Рекомендации МОТ по охране труда.

23. Профессиональные болезни: определение, классификация, профессиональные вредности, понятие о профессиях, включенных в списки вредных профессий. Группы профессий, дающих право на льготное пенсионирование.

24. Медико-социальные последствия аварии на ЧАЭС для здоровья в первые годы после аварии и в настоящее время, социально-психологические меры минимизации последствий.

25. Средняя ожидаемая продолжительность жизни населения РБ, принципы расчёта. Значение её для практики социальной работы и медико-социальной помощи населению.

26. Закон Энгеля и социальные детерминанты здоровья в социальной защите личности.

27. СПИД – причины, механизм развития, проявление, медико-социальные последствия, профилактика.

28. Семья и ее роль в сохранении здоровья членов семьи и предупреждении социального сиротства, структура и содержание программы "здоровая семья". Здоровье семьи и нравственность.

29. Социально-психологические стратегии защиты здоровья населения в западном м восточном мировоззрениях (христианство, конфуцианство, буддизм).

30. Назначение программы, протокола и пилотного исследования профилактических программ. Стандартизация исследований в профилактических программах, их сущность и значение.

31. Эргономика и основные социальные детерминанты здоровья, их сущность и значение для профилактики заболеваний на производстве.

32. Коллективный договор между администрацией и профсоюзом в решении проблем здоровья членов коллектива, роль при этом специалиста по социальной работе.

33. Эпидемиологические акции здоровья, их содержание, назначение, социальная сущность, эффективность, примеры.

34. Сущность социальной защиты лиц с ограниченными возможностями через пенсию и через реабилитацию, этические принципы социальной защиты личности, значение их для обеспечения этических ценностей социальной работы.

35. Законы Республики Беларусь: «О здравоохранении», «О социальной защите инвалидов», «О предупреждении инвалидности и реабилитации

инвалидов»: значение их для реализации общественной социальной защиты и социального просвещения.

36. Назначение и медико-социальная сущность документов ООН "Всемирная программа действий в отношении инвалидов" и "Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов".

37. Медико-социальные принципы профилактики инвалидности и сохранения трудовых ресурсов в Республике Беларусь, представленные в решениях соответствующей Республиканской конференции 1988 г. и в Законе Республики Беларусь "О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов".

38. Двигательная активность и здоровье (механизм оздоровительного действия, уровни необходимой активности, контроль нагрузок, взаимосвязь гиподинамии и стресса).

39. Принципы рационального питания и социальные меры его использования в сохранении здоровья на примерах туберкулеза, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний.

40. Артериальная гипертония как фактор риска ИБС и как пример динамического паттерна формирования психосоматической патологии по Ф.Александеру.

41. Курение и онкологические болезни (механизм влияния, локализации рака, зависимые от курения, социально-экономические последствия, профилактика).

42. Ишемическая болезнь сердца (механизм развития, проявления, медико-социальные причины, ограничения жизнедеятельности, социальные последствия), социальные меры профилактики.

43. Соматотипическая концепция объяснения различий в средней продолжительности жизни мужчин и женщин, значение концепции для профилактики основных болезней цивилизации.

44. Конвенция о правах инвалидов, универсальный дизайн как направление медико-социально-психологической защиты личности с ограниченными возможностями.

45. Принципы развития политики народонаселения, сформулированные на Международной конференции по народонаселению (Каир, 1994 г.), их развитие и значение для практики социальной работы. Молодёжь – ресурс будущего и устойчивого развития.

46. Предмет, задачи, объект социальной медицины, история и социальные предпосылки формирования и создания первых институтов социальной медицины.

47. Евгеника как наука о здоровье (история возникновения, содержание, социальный смысл и социальные последствия).

48. Всеобщая декларация о правах человека и механизмы реализации этических ценностей социальной работы, включая право на здоровье и жизнь.

49. Понятие о здоровье и болезни в альтернативной медицине Китая и Индии, связь этих воззрений с факторной концепцией болезней цивилизации и понятием холизма. Значение для борьбы с зависимостями.

50. Биологические и социальные детерминанты здоровья и качества жизни (понятие, удельные веса по Ю.П. Лисицину, методы измерения и коррекции). Общественная социальная защита человека.

51. Этические ценности социальной работы, этика и здоровье, тренинг этических качеств специалиста. Механизм защиты специалиста через этическое сознание.

52. Демографическая ситуация в Республике Беларусь, понятие о депопуляции и ее причинах, медико-социальные пути ее коррекции. Сущность национальной программы РБ по демографической безопасности на 2011 – 2015 гг.

53. Основные теории современной медицины, ориентированные на санологию (по Ю. Лисицину) и их медико-социальная интерпретация.

54. Теория "порочного круга нищеты и болезней". Мальтузианство и его социальная сущность.

55. Генеалогия как стратегия формирования технологий психического и социального благополучия семьи – снижения риска медико-социальных проблем молодежи и пожилых, социального сиротства.

56. Медико-социальные проблемы здоровья и биоэтика. Мировоззрение А. Швейцера в практике социальной работы.

57. Смысл жизни и его виды как мотивация к здоровому образу жизни.

58. Социальное просвещение в системе мер социальной защиты личности. Кардинальные добродетели и императивы этики здоровья.

59. Библиотерапия в практике социальной медицины. Дидактическая поэзия в формировании здравосозидающего этического сознания.

4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (ФРАГМЕНТ)

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
Белорусского
Государственного университета
_____ А. В. Данильченко
(подпись) (И.О.Фамилия)
_____
(дата утверждения)
Регистрационный № УД-_____/р.

Социальная медицина

(название учебной дисциплины)

Учебная программа учреждения высшего образования по учебной дисциплине для специальности:
1-86 0101 Социальная работа (по направлениям)

Факультет ГИУСТ
(название факультета)
Кафедра социальной работы
(название кафедры)
Курс (курсы) 2 / 2-3 / 1-2
Семестр (семестры) 3-4 / 3-5 / 2-4
Лекции 60 / 14 / 12 Экзамен 4 / 5 / 4
(количество часов) (семестр)
Практические (семинарские)
занятия 28 / 8 / 8 Зачет 3 / 4 / 3
(количество часов) (семестр)
Лабораторные
занятия 14 / 2 /- Курсовая работа (проект) 4 / 6 /4
(количество часов) (семестр)
Аудиторных часов по
учебной дисциплине 102 / 24 / 20
(количество часов)
Всего часов по Форма получения
учебной дисциплине 196 высшего образования очн. /заоч./заоч.сокр.
(количество часов)
Составил(а) Э. И. Зборовский , доктор мед. наук, профессор
(И.О.Фамилия, ученая степень, ученое звание)

2014 г.

Учебная программа составлена на основе учебной программы

(название типовой учебной программы (учебной

«Социальная медицина», утв. ,рег. № – /баз

программы учреждения высшего образования (см. разделы 5-6 Порядка)), дата утверждения, регистрационный номер)

Рассмотрена и рекомендована к утверждению кафедрой
социальной работы

(название кафедры)

_____

(дата, номер протокола)

Заведующий кафедрой

_____ Г.А. Бутрим

(подпись) (И.О.Фамилия)

Одобрена и рекомендована к утверждению Учебно-методической комиссией Государственного института управления и социальных технологий БГУ

_____

(дата, номер протокола)

Председатель

_____ Э. И. Зборовский

(подпись) (И.О.Фамилия)

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Необходимость и назначение дисциплины «Социальная медицина» в практике социальной работы.

На первом этапе развития подготовки специалистов по социальной работе последняя рассматривалась как профессиональная деятельность, имеющая целью содействие людям, социальным группам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в преодолении личностных и социальных трудностей посредством поддержки, защиты, коррекции и реабилитации.

Подобное определение вытекает из многовекового опыта непрофессиональной социальной работы, которая формировалась и продолжает успешно действовать на таких базовых идеях и принципах, как милосердие, эмпатия, солидарность, благотворительность, меценатство. Все перечисленные принципы были, есть и имеют право быть, но в первую очередь там, где речь идёт о личном благодеянии за счёт личных средств.

В практике профессиональной социальной работы специалист оказывает услуги за счёт средств налогоплательщиков. Наряду с помощью и поддержкой малоимущих и людей с физическими или психическими дефектами здоровья, требуется широкое внедрение в практику социальной работы стратегий профилактики ограничений жизнедеятельности и реабилитации личности при наличии социальной недостаточности, вследствие болезней, травм или иных обстоятельств. Именно профилактические и реабилитационные технологии в социальной работе позволяют наиболее полно защитить человека как личность. Профилактические технологии охватывают широкие слои населения и обходятся в 10 раз дешевле, при пересчете на конечный социальный результат, в сравнении с традиционной медицинской помощью или социальной помощью и поддержкой.

Образовательный стандарт Республики Беларусь по специальности 1-86 01 01 социальная работа (по направлениям) определяет, что: **«Социальная работа – профессиональная деятельность по социальному обслуживанию и социальной защите отдельных людей и социальных групп населения, страдающих социальной недостаточностью или повышенным риском таковой, посредством мер профилактики ограничений жизнедеятельности личности в социальной среде; реабилитации и ресоциализации; социальной помощи и поддержки».** Таким образом, перед специалистом стоит три задачи: **профилактика состояний**, ограничивающих жизнедеятельность личности в социальной среде; **реабилитация личности; помощь и поддержка.**

Социальные трудности на индивидуальном уровне, создаются или социальными условиями среды, или личностными особенностями человека,

или болезнью. Болезнь – нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или/и морфологическими изменениями в организме.

Специалисту по социальной работе не приходится заниматься сложными проблемами этиологии, патогенеза, диагностики и лечения заболеваний – это прерогатива традиционной медицины и функции врача. Однако специалист по социальной работе неизбежно сталкивается с ограничениями жизнедеятельности индивидуума, обусловленными состоянием организма или условиями среды, которые приводят к социальной недостаточности, т.е. ограничивают функционирование в социальной среде. С другой стороны определенные условия социальной среды, например, низкий уровень доходов или образования способствуют развитию болезни, в результате чего образуется порочный круг нищеты и болезней. Содействовать социальной защите граждан от попадания в этот порочный круг или помочь выбраться из него может и обязан специалист по социальной работе.

Социальная медицина призвана дать знание, навыки и умения по медико-социальной защите населения посредством: предупреждения и коррекции социальных детерминант здоровья, поведенческих и социальных факторов риска, ведущих к ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности, вследствие физического, душевного и социального неблагополучия.

Цель курса: дать будущим специалистам по социальной работе теоретические компетенции и практические навыки, позволяющие обеспечить в рамках социальной медико-психологической помощи населению и социальной реабилитации личности решение следующих задач:

8. Профилактика социально зависимых болезней человека, посредством механизмов, методов и технологий, позволяющих управлять социальными детерминантами здоровья.

9. Коррекция поведенческих факторов риска болезней цивилизации, ведущих к основным социальным потерям, как на индивидуальном уровне, так и посредством групповых и популяционных мер, используя опыт общенациональной интегрированной программы профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ).

10. Сохранение и укрепление общественного здоровья социальными мерами, методами и технологиями социальной медицины.

11. Развитие и реализация в обществе основ этики здоровья, опираясь на социально-педагогические, социально-культурные, психологические составляющие общественного здравоохранения и общественной социальной защиты.

12. Предупреждение и минимизация социальных последствий огра-

ничений жизнедеятельности и социальной недостаточности среди различных категорий населения, имеющего медико-социальные нарушения здоровья, опираясь на взаимодействие с медицинским сектором страны, региона (макроуровень), индивидуума (микроуровень).

13. Формирование на предприятиях, в учебных заведениях и административных территориях социальных программ здорового образа жизни, управления социально обусловленными показателями здоровья населения, опираясь на основные социальные детерминанты здоровья, обоснованные в программах Всемирной организации здравоохранения, декларации и конвенции ООН о правах инвалидов, стратегий ООН по народонаселению и устойчивому развитию.

14. Освоение технологий социального просвещения общества, обеспечивающего более глубокое использование личностного потенциала граждан в реализации стратегий общественного здравоохранения, общественной социальной защиты, само- и взаимообслуживания в трудных жизненных ситуациях.

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Раздел I. Теория и методология охраны общественного здоровья

Тема 1. Предмет, объект, назначение, исторические и теоретические предпосылки курса «социальная медицина».

Понимание здоровья и болезни в древности и в наши дни. Взгляды Эхнатона, Гиппократа, Теофраста, Авиценны, Галена, Парацельса на связь болезни со средой. Этика и здоровье в древности. Солернский кодекс здоровья. Современное понятие здоровья в трактовке ВОЗ. Распределение (в %), составляющих потенциала здоровья населения по Ю.П.Лисицину. Зависимости между здоровьем и счастьем по А.Шопенгауэру. Направления охраны здоровья, развиваемые ВОЗ (укрепление здоровья, профилактика заболеваний, лечение, реабилитация). Общественное здоровье и общественное здравоохранение. Определение предмета, объекта и задач курса медико-социальные основы здоровья. Понятие холизма. Предмет, объект, значение курса. Опыт Н. Пирогова, Ф. Гааза, земской медицины.

Тема 2. Теории сохранения здоровья в современной медицине. Социальные детерминанты здоровья. Этические ценности социальной работы и здоровья.

Основные показатели общественного здоровья, применяемые в настоящее время: заболеваемость, инвалидность, смертность, средняя ожидаемая продолжительность жизни. Панорама показателей здоровья в разных странах и Республике Беларусь среди детей, населения трудоспособного возраста и пожилых, в городе и сельской местности. Основные теории сохранения здоровья в традиционной медицине, сформулированные на рубеже XX и XXI века (по Ю.Лисицыну). Социальные детерминанты здоровья: доходы, занятость, образование, жизненные ценности, качество жизни, механизмы их влияния на здоровье человека. Этические ценности социальной работы и этические принципы социальной защиты личности, их связь с показателями общественного здоровья.

Тема 3. Болезнь – стесненная в своей свободе жизнь.

Происхождение и медико-социальный смысл понятия «болезнь – стесненная в свободе жизнь». Примеры и механизмы влияния стесненных социальных условий на развитие болезней и их виды. Теория "порочного круга нищеты и болезней". Становление личности и мотивации к сохранению здоровья, к здоровому образу жизни в условиях социальных ограничений. Взаимосвязь биологических, физических и социальных факторов при воздействии

на человека. Особенности развития, проявления и устранения болезней, связанных с социальными факторами. Социальные детерминанты здоровья и закон Энгеля, их взаимосвязь. Мальтузианство и социальные проблемы здоровья. Ограниченные возможности инвалидов и варианты формирования личности. Социально-психологическая сущность посттравматических синдромов после войн во Вьетнаме, в Афганистане. Жизненное пространство и проблемы переселенцев. Социопатии. Адаптация к социальным факторам среды. Евгеника и ее социальная сущность. Социальная медицина в литературе (А.П. Чехов, В.В. Вересаев, М.А. Булгаков).

Тема 4. Социальная гигиена и социальная медицина в СССР и в XX столетии.

Понятие о социальной гигиене. Различия между социальной гигиеной и социальной медициной. Н.А.Семашко, его взгляды на здоровье и вклад в развитие социальной гигиены и советского здравоохранения. Первые кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения. Достижения социальной гигиены в СССР. Первичная медико-санитарная помощь (Алма-Атинская конференция 1978 г.). Профессор-психиатр П.Б.Ганнушкин и его взгляды на социальную роль психиатрии. Социальные проявления психопатии по П.Б.Ганнушкину и вялотекущей шизофрении по А.В.Снежневскому. Примеры организации помощи больным с психическими заболеваниями с использованием трудовой деятельности – опыт Оренбурга, Беларуси и др. Первые институты социальной медицины в Западной Европе и США, социально-экономические причины, вызвавшие их создание, назначение, отличие от институтов социальной гигиены и традиционной клинической медицины.

Тема 5. Здоровый образ жизни в религиозных мировоззрениях и в светском образовании и воспитании.

Здоровье в идеях Ветхого и Нового завета. Здоровье в десяти заповедях. Социальные последствия нарушения этических норм, устанавливаемых заповедями. Формирование социальных принципов здоровья под влиянием веры: единство вида; единство цели; ответственность за род и уважение к труду предков; обновление человека; совесть. Критерии добра и зла. Кантовский категорический императив. Золотое правило нравственности. Медико-социальные аспекты здоровья в социальных концепциях христианских конфессий. Связь христианских представлений о посте с известными факторами риска болезней цивилизации. Значение для здоровья «семи смертных грехов» и «десяти заповедей». Благоразумие и здоровье.

Тема 6. Защита общественного здоровья в альтернативной медицине Востока.

Основные принципы китайской медицины. Единство человека и природы в китайской медицине, человек как экосистема. Процесс поддержания здоровья, и снижения стресса, симптомы болезни, принципы лечения в китайской медицине. Понятие о традиционной китайской медицине, об акупунктуре, об аурикулоакупунктуре. Значение их для борьбы с зависимостями. Идеи академика В.И.Вернадского о взаимосвязи человека с природой. Ноосфера. Идеи китайской медицины о микрокосме. Айюрведа, ее история, понятие о здоровье и болезни. Место Айюрведы в индийской медицине, ее назначение в отношении здоровья тела и души. Понятие жизненной энергии – праны. Конституция человека и здоровье в Айюрведе. Проблемы питания и медитации в Айюрведе. Традиции сохранения здоровья в Китае и Индии и демографические процессы.

Тема 7. Эпидемиологические акции здоровья и их социальное значение.

Понятие эпидемиологии. Эпидемии инфекционных и неинфекционных болезней. Эпидемиология в изучении общественного здоровья населения. Популяционные методы профилактических вмешательств. Олимпийские игры в древности как эпидемиологические акции здоровья. Значение для здоровья трансформации массовых игр в профессиональные спортивные олимпиады. История зарождения олимпийского спорта. Массовые акции здоровья в СССР в 20–30-е годы XX столетия. Опыт Айсидоры Дункан. ГТО. Антиалкогольная кампания 80-х годов и ее влияние на здоровье населения СССР. Опыт эпидемиологических акций здоровья, развиваемых ВОЗ, на примере акции «Брось курить и стань победителем». Адресность помощи в эпидемиологических акциях ВОЗ. Социальные мишени при проведении эпидемиологических акций здоровья. Место специалиста по социальной работе в реализации эпидемиологических акций, их социальная значимость и социально-экономическая эффективность в социальной защите человека, взаимодействие с секторами здравоохранения, образования и культуры.

Тема 8. Проблемы социальной медицины (общественного здоровья).

Понятие о биоэтике, биомедицинской этике, трансплантации, имплантации, этическая сторона трансплантологии. Трансплантология и отношение к жизни. Вехи жизни и мировоззрение Альберта Швейцера. Содержание понятия «преклонение пред жизнью»: основа нравственного обновления человечества. Эвтаназия. Клонирование. Генная инженерия. Этический смысл

хосписа. Социальный и этический смысл и возможные последствия этих новых технологий. Реклама индустрии фармакологических противозачаточных средств, социальные последствия. Аборт и этика, социальные последствия. Витализм. Социальная виталогия. Рекомендации Комитета по этике (Мадрид, 1996г.) по отношению к эвтаназии, пыткам, смертной казни, селекции пола, трансплантации органов. Онтогенетическая триада достоинства человека в контексте медико-социальной защиты.

Тема 9. Социальные проблемы здоровья в декларациях и конвенциях ООН.

Международные документы, декларирующие права человека на здоровье. Проблемы здоровья во Всеобщей декларации прав человека: право на жизнь; защита семьи; право на социальное обеспечение; право на отдых; право на труд; право на жизненный уровень; право на одинаковую социальную защиту детей, родившихся в браке; и вне брака. Здоровье и обязанности человека перед обществом. Нравственность как ответственность перед обществом. Взаимосвязь положений декларации с определением здоровья ВОЗ. Социальная сущность положений декларации. Значение декларации для социальной работы. Обязанности специалиста по социальной работе в реализации положений декларации на микро- и макроуровнях. Декларации и конвенции ООН по правам детей, инвалидов, людей с болезнями психической сферы. Универсальный дизайн для инвалидов.

Тема 10. Конституция: соматотип и темперамент в риске социально обусловленных болезней цивилизации.

История формирования учения о конституции человека. Типы конституции по Гиппократу, Чернорyцкому, Шелдону. Гиподинамия, психологический стресс как факторы дезадаптации в социальной среде. Соматотипическая концепция различий в продолжительности жизни мужчин и женщин. Социальные и психофизиологические особенности образа жизни человека на рубеже XX-XXI столетий и конституция.

Социальные и экономические факторы, определяющие нарастание гиподинамии и психологического стресса в социальной среде. Количественное выражение изменений. Индивидуальная, соматотипическая дезадаптация. Эндоморфия, мезоморфия, эктоморфия. Особенности темперамента при висцеротонии, соматотонии, церебротонии.

Генотипические и фенотипические проявления конституции. Принципы повышения индивидуальной устойчивости к социальным факторам среды – гиподинамии, психологическому стрессу и др. Понятие об индивидуальных жизненно-важных факторах риска неинфекционных заболеваний. Существу-

ет ли «хорошая» и «плохая» конституция? Конституциональная зависимость частоты новых случаев ИБС в популяции мужчин в онтогенезе. Примеры и практика использования конституции в практике самоуправления индивидуальной устойчивостью к хроническим болезням цивилизации (выбор профессии, спорт, образ жизни).

Тема 11. Медико-социальная работа в практике специалиста по социальной работе.

Определение понятия медико-социальной работы. История становления медико-социальноЙ работы в России. Опыт Н.И.Пирогова, Ф.П. Гааза, земской медицины. Основные аспекты медико-социальной работы в отечественном и зарубежном опыте. Бригадные формы медико-социальной работы в Великобритании, США, Германии, Республике Беларусь. Задачи социальных работников, работающих в здравоохранении (по Б.Брекману и опыту Беларуси). Опыт Республики Беларусь по решению проблем инвалидности в рамках Законов РБ «О социальной защите и реабилитации инвалидов» (1991г.) и «Предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994г.) и их обновленных версий. Задачи специалиста по социальной работе во МРЭК и при реализации конвенции о правах инвалидов.

Медико-социальная само- и взаимопомощь. Самоконтроль на примере артериальной гипертонии, социально-психологический смысл самоконтроля. Дома сестринского ухода за пожилыми, кризисные центры и их возможности в решении проблем физического и психического здоровья среди лиц, требующих социальной защиты. Медико-социальная работа в домах-интернатах общего типа и психо-неврологического профиля. Медико-социальное сопровождение социальной реабилитации индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Тема 12. Общественное здоровье в технологиях работы специалиста по социальной работе (итоговая УСР)**.**

Готовится как УСР в виде доклада 2-3стр., основанного на теоретических положениях и опыте, изложенных в темах 1-12, с преимущественной ориентацией на медико-социальные задачи учреждения, где предполагается практика студента после 3-го курса.

Раздел II. Стратегии и методы медико-социальной защиты здоровья человека в практике социальной работы

Тема 13. Политика ВОЗ «Здоровье для всех» – задачи и стратегии последней четверти XX века.

Теории медицины и здравоохранения XX века, положенные в основу Политики ВОЗ. Теория "порочного круга нищеты и болезней". История формирования Европейской политики «Здоровье для всех». Использованный опыт первичной медико-санитарной помощи в СССР. Значение консенсуса между странами Европы для формирования политики ВОЗ «Здоровье для всех». Принципы формирования политики ВОЗ, включавшей 38 задач. Задача 1 – справедливость в вопросах охраны здоровья. Задача 2 -качество жизни и здоровье. Задача 3 – лучшие возможности для инвалидов. Задача 4 - сокращение распространенности хронических болезней. Задача 6 – сохранение здоровья в старости. Задача 7 – здоровье детей и молодежи. Задача 8 – здоровье женщин. Медико-социальный смысл задач.

Стратегии достижения целей: образ жизни; здоровая окружающая среда; медико-санитарная помощь.

Стратегии развития в целях достижения здоровья для всех (наука, информация, людские ресурсы, партнерство, этика и пр.). Основные результаты реализации политики ВОЗ к 2000 г.

Тема 14. Политика ВОЗ «Здоровье всем в XXI столетии»

Основные положения Всемирной декларации по здравоохранению 1998 г. Показатели здоровья и демографии на рубеже веков. Основные отличия политики ВОЗ на начало XXI столетия. Связь бедности, безработицы и здоровья в мире. Общественное здравоохранение и его место в новой политике ВОЗ. Основные особенности представления задач политики ВОЗ до 2020 г. – задачи и стратегии решения. Связь новой политики с идеями первичной медико-санитарной помощи, провозглашенными на Алма-Атинской конференции в 1978 г. Основные задачи политики ВОЗ, носящие общесоциальный характер. Задача 1 – солидарность в интересах здравоохранения; Задач" 2 – равенство в вопросах охраны здоровья. Задача 3 – здоровое начало жизни. Социальные периоды в жизни человека, имеющие медико-социальные последствия.

Тема 15. Здоровье молодежи и здоровье пожилых. Стратегия гармонии и принадлежности.

Основные показатели здоровья детей и молодежи.

Задачи, касающиеся детей: жизненные навыки, здоровый выбор, вредные привычки поведения, проблемы беременности, зависимости. Значение «чувства гармонии и принадлежности» для формирования здорового образа жизни. Пути повышения потенциальных возможностей детей в отношении здоровья: умственные, физические, эмоциональные, социальные, этические

возможности. Здоровое начало жизни. Значение стратегии для реализации национальной программы демографической безопасности.

Показатели здоровья пожилых. Пенсионный возраст и его социальная сущность. Задачи в отношении здоровья пожилых в возрасте 65 лет и 80 лет. Расширение экономической самостоятельности. Функции пожилых о семье (передача опыта детям, внукам, воспитание). Значение технических средств для социальной защиты пожилых. Подготовка к пенсии. Значение творческой активности. Организация экономической активности в пенсионном возрасте. Подготовка к уходу из жизни.

Тема 16. Психическое и соматическое здоровье населения.

Частота психических проблем в обществе. Физическое и психическое здоровье, их взаимообусловленность. Понятие о психосоматической медицине. Механизм развития артериальной гипертензии по Александеру. Депрессии: монополярная и биполярная. Факторы, провоцирующие и поддерживающие депрессию. Тактика при однополярной и биполярной депрессии. Самоубийства. Рекомендации ВОЗ по критическому уровню самоубийств. Здравоохранительные и социальные проблемы психического здоровья. Задачи специалиста по социальной работе по профилактике суицидов и депрессии. Стресс и его стадии. Механизмы формирования стресса. Дистресс. Значение стресса для формирования факторов риска. Образовательные кампании в Швеции, снизившие уровень самоубийств. Опыт Германии в проведении профессиональных тренингов для людей с депрессиями и пограничными состояниями. Профессиональное переобучение. Медицинское, социальное, психологическое сопровождение профессионального переобучения.

Тема 17. Социальное просвещение населения как стратегия общественной медико-социальной защиты населения.

История и опыт санитарного просвещения в борьбе с инфекционными болезнями и их место в общественном здравоохранении. Понятие об общественной социальной защите. Социальные детерминанты здоровья в системе социального просвещения общества. Искусство лектора. Назначение беседы и лекции. Значение художественного слова, СМИ, средств культуры и искусства для социального просвещения общества. Наглядные средства в социальном просвещении. Библиотерапия и тренинг в социальном просвещении. Информационные технологии в социальном просвещении.

Тема 18. Курение табака – механизм влияния медико-социального последствия, стратегии снижения зависимости.

Механизм влияния на здоровье и социальные последствия табакокурения. Болезни, провоцируемые курением, органы-мишени. Задачи по снижению распространенности табакокурения к 2015 г., определенные документами ВОЗ. Мадридская хартия 1988 г. и десять стратегий «За Европу без табака». Варшавская декларация «За Европу без табака», 2002г. Закон Республики Беларусь о рамочной конвенции по борьбе с курением. Эффективность профилактических вмешательств при табакокурении: беседы, антитабачные жевательные резинки, аурикулоакупунктура. Ближайшие и отдаленные результаты. Требования к составлению программы «Молодежь за жизнь без табака».

Тема 19. Алкоголь – медико-социальные последствия, стратегии предупреждения и преодоления зависимости.

Механизмы и медико-социальные последствия воздействия алкоголя на человека и человечество. Масштабы проблемы. Допустимый и реальный уровни потребления алкоголя в Республике Беларусь и Европе (по критериям ВОЗ). Задачи, поставленные ВОЗ по снижению потребления алкоголя к 2015 г. Европейская хартия по алкоголю: десять стратегий деятельности в отношении алкоголя. Логотерапия в борьбе с алкоголизмом. Требования к составлению программы: «Молодежь за трезвые перспективы». Безалкогольные традиции семейного воспитания детей. Алкоголь и перспектива самореализации личности.

Тема 20. Генеалогия и семья в социальной виталогии. Кодекс семьи и здоровье.

Семья как социальная структура. Типы семьи. Семья и брак в Статуте ВКЛ.Традиции семьи и передача детям опыта здорового образа жизни. Понятие здорового образа жизни и семья. Семейные традиции питания и здоровье. Взаимосвязь поколений. Социально-культурное наследство рода. Память предков и здоровье. Наследственные болезни, конституциональная предрасположенность к болезням и место семьи в их предупреждении, смягчении последствий. Понятие о родословной как мерах формирования представлений о перспективах развития личности и социальной защищенности. Примеры формирования своей родословной и родовода своих дедов с анализом продолжительности жизни и перспективных социальных мер профилактики. Семья в формировании человеческого достоинства, смысла жизни и мотивации к здоровому образу жизни – условию самореализации личности. Укрепление семьи – путь сокращения социального сиротства, одиночества, социальной защиты пожилых. Генеалогия в смягчении социального сиротства. Социальное эхо войны в контексте генеалогии. Смягчение посттравматиче-

ского синдрома переселения населения из зоны Чернобыля в семье. Синдром ностальгии и его преодоление сохранением социально-культурных связей поколений жителей, пострадавших от аварии.

Тема 21. Национальная интегральная программа профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ).

История программы. Опыт фремингемского и всесоюзного кооперативного исследования. Назначение, концепция, социальная значимость программы. Факторная концепция профилактики. Понятие о риске. Уровень риска. Факторы риска: определение, жизненно важные факторы. Биологические, поведенческие, социальные факторы риска. Механизмы проявления основных ФР. Методы профилактических вмешательств на ФР. Содержание понятия – интеграция. Методы профилактических вмешательств (популяционные, групповые, индивидуальные). Психологическая коррекция поведенческих факторов риска. Совет директоров профилактической программы ВОЗ (программы СИНДИ) и его медико-социальные задачи. Процесс и результат программы. Место в программе служб здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры, информации и пр. Примеры демонстрационных проектов. Три типа отношения населения к профилактике. Источники финансирования. Результаты программы на примере Финляндии, России, Канады, РБ. Руководства по выполнению программы. Программа и протокол демонстрационных проектов. Пилотный проект. Методологии и структура программы (плана) профилактики НИЗ. План-схема протокола демонстрационного проекта интегрированной программы СИНДИ. Возможности программы на уровне предприятия, учебного заведения, административного района, области, республики.

Тема 22. Экология и здоровье. Медико-социальные последствия аварии на ЧАЭС и меры защиты населения.

Человек и природа. Взгляды Вернадского на природу. Экологические факторы, влияющие на здоровье. Радиооблучение и стресс. Медико-социальные, психологические, гуманитарные последствия аварии на ЧАЭС. Динамика заболеваемости и частота факторов риска среди пострадавшего населения. Посттравматический синдром переселения. Ностальгия. Принципы ликвидации и минимизации социальных последствий. Законодательство. НКРЗ. Социальная защита, направленная на укрепление здоровья. Опыт Японии и Республики Беларусь. Колокол Нагасаки. Защита здоровья здоровых и инвалидов. Этические аспекты защиты пострадавшего населения. Формирование рентных установок. Пути совершенствования защиты населе-

ния на современном этапе. Само и взаимозащита переселенцев средствами социально-культурного характера.

Тема 23. Профессия, труд и здоровье, профессиональные болезни.

Труд и здоровье в онто- и филогенезе. Труд в формировании нравственной и физически здоровой личности. Адаптационный синдром. Труд – источник благосостояния, здоровья и счастья. Трудоспособность – общая, профессиональная, ограниченная. Профессиональные заболевания (классификация). Принципы социальной защиты при профвредностях. Список профессий № 1 и № 2. Здоровье на производстве. Рекомендации МОТ по установлению пенсии по возрасту лицам с опасными условиями труда. Социальные факторы риска болезней цивилизации в условиях производства. Эргономика и здоровье.

Задачи специалиста по социальной работе по укреплению здоровья и социальной защите работников предприятия, текущая работа, формирование профилактических программ, механизм их реализации, значение при этом коллективного договора между администрацией и трудовым коллективом.

Тема 24. Несчастные случаи и травмы в быту и на производстве, социальные меры защиты населения.

Производственный и автодорожный травматизм. Социальные последствия травм, травмы и инвалидность. Частота и тяжесть дорожного травматизма в Западной и Восточной Европе. Средства снижения травматизма на дорогах. Экономические потери от автодорожного травматизма. Задачи по снижению травматизма, сформулированные ВОЗ, стратегии снижения, нерешенные проблемы в профилактике ДТП. Место социальных служб в решении проблем профилактики и ликвидации социальных последствий травматизма. Профилактика и реабилитация в решении проблем травматизма, взаимодействие социальных служб со службами охраны труда, здравоохранения, МВД. Социальные детерминанты здоровья и автодорожный травматизм: взаимосвязь, возможности социального просвящения в снижении травматизма.

Тема 25. Народонаселение и устойчивое развитие, демографическая безопасность.

Демографические данные по здоровью населения в Республике Беларусь. Рождаемость, смертность. Крест смерти. Основные принципы и целевые области политики народонаселения и сохранения здоровья в документах Каирской конференции по народонаселению и развитию (1994 г.), Всемирной программы действий в отношении инвалидов, Стандартных правил ООН в отношении инвалидов (1993 г.). Всеобщий дизайн и здоровье. Положение

Конвенции о правах инвалидов (2006), касающееся признания инвалидности как человеческого многообразия. Медико-социальные аспекты здоровья в законодательстве Республики Беларусь (Закон о социальной защите инвалидов, Закон о предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов). Условия устойчивого развития в политике народонаселения, забота о разных социальных группах и грядущих поколениях. Значение социальной справедливости и других этических ценностей социальной работы для устойчивого развития.

Тема 26. Этика и этикет в формировании здорового образа жизни населения, как стратегии социальной виталогии.

Этика и здоровье в традициях медицины на разных этапах ее развития. Этический нигилизм современности и здоровье. Богатство духа и дух богатства. Уровень дохода и ощущение счастья. Этика, убеждение и стиль жизни гуманистов средневековья. Благоговение перед жизнью – базовый этический принцип, формирующий отношение личности к жизни собственной и окружающих. Условия и социальная среда, в которой формировался А. Швейцером принцип «благоговения». Медико-социальные последствия биофилического и некрофилического типов поведения населения и отношения к профилактическим вмешательствам. Этика и этикет в формировании вредных привычек и факторов риска неинфекционных заболеваний. Здоровые этические традиции семьи. Структура образа жизни, неблагоприятные факторы образа жизни и роль этики в формировании здорового стиля. Этика в регулировании рождаемости. Понятие о «живой этике», сформулированной в учении Рерихов на основе взглядов буддизма. Смысл жизни и мотивация к формированию здорового стиля жизни. Этическое сознание в формировании здорового стиля жизни и ступени его развития. Императивы этики здорового образа жизни. Этика и этикет здоровья в стиле работы руководителей предприятий и фирм . Виталогия.

Тема 27. СПИД – медико-социальные причины, последствия, меры предупреждения и социальной защиты пострадавших.

Понятие о СПИД. Иммунодефицит. Частота, проявления, медико-социальные последствия, причины распространения. СПИД и трудоспособность. Профилактика. Координация работы по борьбе со СПИД в РБ. Задачи медицинских и социальных служб. Индивидуальные и общественные меры профилактики. СПИД и беременность. СПИД и девиантное поведение, наркомания. Учреждения, оказывающие помощь больным СПИДом. Формирование отношения общества к больным СПИД на принципах гуманизма: формы работы, методы, средства. Понятие «беда не вина» как форма социальной защиты пострадавших. Место СМИ в формировании толерантного

отношения общества к пострадавшим и в профилактике распространения болезни.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ
(очная форма получения образования)

Номер раздела, темы	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов				Материальное обеспечение занятия (наглядные, методические пособия и др.)	Литература	Форма контроля знаний
		Лекции	Практические (семинарские) занятия	Лабораторные занятия	Управляемая (контролируемая) самостоятельная работа			
1	2	4	5		6	7	8	9
	I. Теория и методология охраны общественного здоровья							
1	Предмет, объект, назначение, исторические и теоретические предпосылки социальной медицины	2	2			презентация	№1;2;3	зачет
2	Теории сохранения здоровья. Социальные детерминанты и этические ценности здоровья	2	2			презентация	№1	зачет
3	Болезнь – стесненная в своей свободе жизнь	4	2			презентация	№12	зачет
4	Социальная гигиена и социальная медицина в СССР и в Западной Европе в XX столетии	2	2			презентация	№2	зачет
5	Защита общественного здоровья в религиозных мировоззрениях	2				презентация	№18;39	зачет
6	Охрана общественного здоровья в альтернативной медицине Востока	2				презентация	№18	зачет
7	Эпидемиологические акции здоровья и их социальное значение	2				презентация	№2;4	зачет

8	Проблемы здоровья в социальной медицине и биоэтика	4	2			презентация	№5	зачет
9	Социальные проблемы здоровья в декларациях и конвенциях ООН	4	2			презентация	№8	зачет
10	Конституция: соматотип и темперамент в риске социально обусловленных болезней цивилизации	4	2	2		презентация	№13;11	зачет
11	Медико-социальная работа в практике специалиста по социальной работе	2	2			презентация	№5	зачет
12	Общественное здоровье в панораме проблем социальной медицины (Итоговая, комплексная УСР к промежуточному зачету по темам 1-11)			4		презентация	№1-5	зачет
	Всего за семестр	**30**	**16**	**6**				
	II. Стратегии и методы медико-социальной защиты здоровья человека в практике социальной работы							
13	Политика ВОЗ «Здоровье для всех» – задачи и стратегии последней четверти XX века	2	2			презентация	№6	Экз.
14	Политика ВОЗ «Здоровье всем в XXI столетии»	2				презентация	№7	Экз.
15	Здоровье молодежи и здоровье пожилых. Стратегия гармонии и принадлежности в тех-	2	2			презентация	№6;7	Экз.

	нологиях социальной медицины							
16	Психическое и соматическое здоровье населения	2	2			презентация	№12;16;18;20	Экз.
17	Социальное просвещение населения, как стратегия общественной медико-социальной защиты	2				презентация	№9;20;25;45	Экз.
18	Курение табака – механизм влияния медико-социального последствия, стратегии снижения зависимости	2		2		презентация	№45;10;11	Экз.
19	Алкоголь – медико-социальные последствия, стратегии предупреждения и преодоления зависимости	2		2		презентация	№11	Экз.
20	Генеалогия и семья в социальной виталогии. Кодекс семьи и здоровье	2		2		презентация	№10	Экз.
21	Общенациональная интегральная программа профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ)	4	2	2		презентация	№20;11	Экз.
22	Экология и здоровье. Медико-социальные последствия аварии на ЧАЭС и меры защиты населения	2				презентация	№21;23	Экз.
23	Профессия, труд и здоровье, профессиональные болезни	2	2			Презентация, посещение предприятий	№23;20	Экз.
24	Несчастные случаи и травмы в быту и на про-	2				Презентация,	№35	Экз.

	изводстве, социальные меры защиты населения					посещение предприятий для слепых		
25	Народонаселение и устойчивое развитие, демографическая безопасность	2				презентация	Лекция материалов Каирской конференции 1194г.	Экз.
26	Этика и этикет в формировании здорового образа жизни населения, как стратегии социальной виталогии	2	2			презентация	«Этика здоровья»	Экз.
	Всего за семестр	**30**	**12**	**8**				

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ
(заочная форма получения образования)

Номер раздела, темы	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов				Материальное обеспечение занятия (наглядные, методические пособия и др.)	Литература	Форма контроля знаний
		Лекции	Практические (семинарские) занятия	Лабораторные занятия	Управляемая (контролируемая) самостоятельная работа			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Предмет, объект, назначение, исторические и теоретические предпосылки социальной медицины	2	2			презентация	№1;2;3;57; 19	зачет
2.	Болезнь – стесненная в своей свободе жизнь	2				презентация	№2;4;5;57; 12	зачет
3.	Конституция и темперамент в риске социально обусловленных болезней цивилизации	2	2			презентация	№13;11;23; 57;59	зачет
4.	Медико-социальная работа в практике специалиста по социальной работе	2				презентация	№3;5;57;58	зачет
5.	Политика ВОЗ «Здоровье для всех» – задачи и стратегии последней четверти XX века и на XXI столетие. Здоровье молодёжи и пожилых.	2	2			презентация	№6;7;8; 57; 50;11	зачет
6.	Национальная интегральная программа	2	2			презентация	№7;11;21	зачет

	профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ)							
7.	Генеалогия и семья в социальной виталогии. Кодекс семьи и здоровье	2		2		презентация	№57;25;34;38	зачет
	Всего	**14**	**8**	**2**				

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ
(заочная сокращенная форма получения образования)

Номер раздела, темы	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов				Материальное обеспечение занятия (наглядные, методические пособия и др.)	Литература	Форма контроля знаний
		Лекции	Практические (семинарские) занятия	Лабораторные занятия	Управляемая (контролируемая) самостоятельная работа			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Предмет, объект, назначение, исторические и теоретические предпосылки социальной медицины	2	2			презентация	№1;2;3;57;19	зачет
2.	Болезнь – стесненная в своей свободе жизнь	2				презентация	№2;4;5;57;12	зачет
3.	Конституция и темперамент в риске социально обусловленных болезней цивилизации	2	2			презентация	№13;11;23;57;59	зачет
4.	Медико-социальная работа в практике специалиста по социальной работе	2				презентация	№3;5;57;58	зачет

5.	Политика ВОЗ «Здоровье для всех» – задачи и стратегии последней четверти XX века и на XXI столетие. Здоровье молодёжи и пожилых.	2	2			презентация	№6;7;8; 57; 50;11	зачет
6.	Национальная интегральная программа профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ)	2	2			презентация	№7;11;21	зачет
	Всего	**12**	**8**					

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА УСВОЕНИЯ ЗНАНИЙ

Перечень используемых средств диагностики результатов учебной деятельности

Для диагностики компетенций по дисциплине «Социальная медицина» используются следующие формы:

- тесты по темам и дисциплине в целом;
- устный опрос во время занятий;
- выступление студентов на практических занятиях;
- решение case-studies;
- зачет;
- экзамен.

Методика формирования итоговой оценки

1) Правила проведения аттестации студентов, курсантов, слушателей при освоении содержания образовательных программ высшего образования (Постановление Министерства образования Республики Беларусь, 29.мая 2012 г., № 53)

2) Положение о рейтинговой системе оценки знаний студентов по дисциплине в Белорусском государственном университете № 382-ОД от 18.08.2015 г. (новая редакция от 18 августа 2015 г.)

Видовые формы проведения и количество этапов текущего контроля знаний студентов

Название дисциплины	Ф.И.О. преподавателя	Количество этапов / Форма отчетности		Весовой коэффициент текущей успеваемости	Весовой коэффициент экзаменационной оценки	Планируемый срок проведения промежуточного зачета
Социальная медицина	Вальчук Эдуард Эдуардович	2/ зачет, экзамен		0,5	0,5	
		1	Тест № 1	0,1		Практическое занятие № 3
		2	Тест № 2	0,1		Практическое занятие № 10
		3	Опрос	0,3		В течение семестра

3) Критерии оценки знаний и компетенций студентов по 10-бальной шкале (письмо Министерства образования Республики Беларусь от 22.12.2003 г. № 21-04-1/105)

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

Основная литература

1. Лисицын Ю.П. Теории медицины XX века.– М.: Медицина,1999.–176 с.

2. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/Щепин О.П., Медик В.А.-М.:ГЭОТАР – Медиа, 2011.-592с.

3. Черносвитов Е.В. Социальная медицина: учеб. пособие… – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 304 с.

4. Ткаченко В.С. Основы социальной медицины: Учеб.пособие.-М.:ИНФРА-М, 2004.-368с.

5. Зборовский Э.И. Этика здоровья: ценности социальной работы: учеб.пособие/Э.И.Зборовский.-Минск: ГИУСТ БГУ, 2011.-248с.

6. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. – М.: Наука, 1999. – 240 с.

7. Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения. ВОЗ, Копенгаген, 1991.-322с.1993.

8. Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, ВОЗ, 1999.-310с.

9. Тегако Л. Антропология: учеб.пособие / Л.Тегаго, Е.Кметинский.: 2-ое изд.испр.-М.: Новое издание, 2008.-400с.

10.Коллиндж У. Альтернативная медицина. Оздоровление без лекарств. М.,1997.-416с.

11.Фирсов В.М., Студенова Е.Г. Теория социальной работы. М., 2000.

12.Профилактика через первичное здравоохранение. Рекомендации для улучшения качества работы (СИНДИ). Сост. и ред. L.Dobrossy. Адаптировано под ред. проф. Э.И.Зборовского. Республиканский центр информации по программе СИНДИ Минздрава республики Беларусь. Мн., 1998. 222 с.

13.Подходы к интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь // Науч. ред. проф. Э.И.Зборовский. – Мн., 1999. – 203 с.

14.Профилактика неинфекционных болезней: опыт и перспективы / под.ред.Е.Лепарского // ВОЗ. 1991.

15.Казначеев В.Г., Казначеев С.В. Адаптация и конституция человека. Новосибирск, 1986.

16.Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь: Стат. сб./Министерство статистики и анализа Республики Беларусь. Мн., 2009.

17.Севковская З.А. Молодежь Беларуси на пороге третьего тысячелетия. Мн., 2002.-128с.

18.Кулак И.А. Физиология утомления при умственной и физической работе человека. Минск, «Беларусь», 1968. - 272с.

19.Биомедицинская этика: Учеб.пособие. / Под общ. ред. Т.В.Мишаткиной, С.Д.Денисова, Я.С.Яскевич. – Мн., 2003. – 320 с.

20.Мрочек А.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Республике Беларусь: анализ ситуации и стратегии контроля/А.Г.Гракович и др.-Мн.:Белар.навука.2011.-341с.

21.Черносвитов Е.В. Социальная медицина.-М.Академический Проект; Екатеринбург:Деловая книга, 2003.-624с.

22.Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний. Под.ред. И.К.Шхвацабая, В.И.Метелицы (СССР), Г.Андерса, Э.Бетига (ГДР) (совместное издание).М., «Медицина», 1977.-372с.

23.Котляров И.В. Здоровье населения как научная проблема. Вместо предисловия. Материалы II Междун.науч.практ.семинара, г.Минск, 19-21 мая 2011г./ред.кол.: Н.М.Румашевская (гл.ред.) и др.: НАН Беларуси; ин-т социологии.-Минск: Право и экономика, 2011.ст.3-6.

24.Румашевская Н.М. Радикальное измерение негативного тренда здоровья населения России. Материалы II Междун.науч.практ.семинара, г.Минск, 19-21 мая 2011г./ред.кол.: Н.М.Румашевская (гл.ред.) и др.: НАН Беларуси; ин-т социологии.-Минск: Право и экономика, 2011.ст.7-14.

25.Папельский К. Интегральный подход к пониманию человека и его здоровья. Материалы II Междун.науч.практ.семинара, г.Минск, 19-21 мая 2011г./ред.кол.: Н.М.Румашевская (гл.ред.) и др.: НАН Беларуси; ин-т социологии.-Минск: Право и экономика, 2011.ст.102-106.

26.Сухоцкая Л. Психологические факторы, влияющие на чувство ответственности за здоровье. Материалы II Междун.науч.практ.семинара, г.Минск, 19-21 мая 2011г./ред.кол.: Н.М.Румашевская (гл.ред.) и др.: НАН Беларуси; ин-т социологии.-Минск: Право и экономика, 2011.ст.128-133.

27.Станишевская Л.С. Оценка влияния социально-экономических факторов на состояние здоровья населения Республики Беларусь. материалы II Междун.науч.практ.семинара, г.Минск, 19-21 мая 2011г./ред.кол.: Н.М.Румашевская (гл.ред.) и др.: НАН Беларуси; ин-т социологии.-Минск: Право и экономика, 2011.ст.273-281.

28.Зборовский К.Э. Реабилитация личности – одно из направлений охраны здоровья, развиваемое Всемирной организацией здравоохранения. Материалы II Междун.науч.практ.семинара, г.Минск, 19-21 мая 2011г./ред.кол.: Н.М.Румашевская (гл.ред.) и др.: НАН Беларуси; ин-т социологии.-Минск: Право и экономика, 2011.ст.185-190.

29.Шухатович В.Р. Особенности современной политики здравоохранения. Материалы II Междун.науч.практ.семинара, г.Минск, 19-21 мая 2011г./ред.кол.: Н.М.Румашевская (гл.ред.) и др.: НАН Беларуси; ин-т социологии.-Минск: Право и экономика, 2011.ст.156-162.

30.Шахотько Л.П. Смертность и ожидаемая продолжительность жизни населения Республики Беларусь. Материалы II Междун.науч.практ.семинара, г.Минск, 19-21 мая 2011г./ред.кол.: Н.М.Румашевская (гл.ред.) и др.: НАН Беларуси; ин-т социологии.-Минск: Право и экономика, 2011.ст.39-48.

31.Раков А.А. Традиционный демографический мир, его трансформация и смена. Материалы II Междун.науч.практ.семинара, г.Минск, 19-21 мая 2011г./ред.кол.: Н.М.Румашевская (гл.ред.) и др.: НАН Беларуси; ин-т социологии.-Минск: Право и экономика, 2011.ст.90-101.

32.Виктор Франкл. Психотерапия на практике: пер.с снем.-СПб.: 2011.-256с.

33.Канке В.А. Современная этика. Учебник/В.А.Канке.-4-ое изд.стер.-М.:изд-во «Омега-Л», 2011-394с.

34.Зборовский Э.И. Общественная социальная защита и социовиталогия в теории и практике социальной работы. Социальная работа, подготовка кадров, практика: материалы Междун.науч.-практ.конф., г.Минск, 2-3 ноября 2006г./редкол.: Э.И.Зборовский [и др.].- Минск: ГИУСТ БГУ, 2007, ст.83-87.

35.Клюня В.Л., Зборовский Э.И. Социальная работа в современном мире: проблемы подготовки кадров и технологии социальной защиты населения. Материалы Междун.науч.-практ.конф., г.Минск, 2-3 ноября 2006г./редкол.: Э.И.Зборовский [и др.].- Минск: ГИУСТ БГУ, 2007, ст.11-16.

36.Образовательный стандарт Республики Беларусь. Специальность – 1-86 01 01 Социальная работа по направлениям за 2008 и 2011гг.

37.Сажин В.Л., Юрьев В.К. Здоровье и болезни заключенных. Серия «Мир медицины» – СПб.: Изд-во «Лань», 1999.-112с.

38.Вальчук Э.А. Основы медицинской реабилитации/Э.А.Вальчук.-Минск:МЕТ,2010.-320с.

39.Гиткина Л.С., Зборовский Э.И. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации:Метод рекомендации.-Минск,1995.

40.Основы медико-социальной экспертизы.-М.:Медицина,2005.-448с.

41.Пузин С.Н., Гришина Л.П., Кардаков Н.Л. Инвалидность в Российской Федерации.-М.:ОАО «Издательство «Медицина»,2006.-224с.