

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»
Кафедра анатомии и физиологии

Е.А. Кунцевич

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Методические рекомендации

*Витебск
ВГУ имени П.М. Машерова
2014*

УДК 61(075.8)
ББК 51.1я73
К91

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 5 от 21.04.2014 г.

Автор: старший преподаватель кафедры анатомии и физиологии ВГУ имени П.М. Машерова **Е.А. Кунцевич**

Рецензент:

доцент кафедры анатомии и физиологии ВГУ имени П.М. Машерова,
кандидат биологических наук *И.И. Ефременко*

Кунцевич, Е.А.

К91 Социальная медицина : методические рекомендации / Е.А. Кунцевич. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2014. – 48 с.

В методических рекомендациях изложены основные темы дисциплины «Социальная медицина» и их современное состояние. Данное учебное издание рекомендуется студентам всех социально-педагогических специальностей при подготовке к учебным занятиям и самостоятельном усвоении учебного материала.

УДК 61(075.8)
ББК 51.1.я73

© Кунцевич Е.А., 2014
© ВГУ имени П.М. Машерова, 2014

ВВЕДЕНИЕ

«Социальная медицина» – обязательная дисциплина, которая входит в государственный общеобразовательный стандарт высшего профессионального образования специалиста по социальной работе. Она предусматривает получение студентами теоретических знаний и практических навыков в области охраны общественного здоровья, медико-социальной помощи населению и ее организации, взаимодействия учреждений социальной защиты населения и органов здравоохранения, иначе говоря, является наукой, изучающей воздействие социальных и экономических факторов на здоровье населения в целом. Это обстоятельство является одним из отличий социальной медицины от медицины в классическом виде.

Социальная медицина возникла на стыке различных наук, которые, на первый взгляд, плохо сочетаются друг с другом. Это медицина, гигиена, организация здравоохранения, социология, экономические науки, педагогика и др.

Цель курса состоит в том, чтобы дать будущему специалисту знание по основам социальной медицины, которые необходимы в практической деятельности специалисту по социальной работе.

Задачи дисциплины: сохранение и защита общественного здоровья при любых социально-экономических, политических процессах в обществе.

Требования к уровню подготовки специалиста, завершившего изучение данной дисциплины:

- ориентироваться в понятиях «общественное и «индивидуальное» здоровье;
- знать об основных проблемах нарушения здоровья в конкретных условиях социальной среды;
- применять знания основ сохранения и укрепления здоровья в сфере социальной службы;
- иметь знания и навыки оценки здоровья клиента;
- уметь оказать первую помощь при нарушении здоровья;
- способствовать распространению знаний по укреплению здоровья.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ

Отправным пунктом для медико-социальной интерпретации здоровья является определение, принятое Всемирной организацией здравоохранения и изложенное нами в первой лекции. В документах ВОЗ неоднократно указывалось, что здоровье людей - качество социальное. В связи с чем для оценки общественного здоровья ВОЗ рекомендует следующие показатели:

1. Отчисление валового национального продукта на здравоохранение.
2. Доступность первичной медико-социальной помощи.
3. Охват населения медицинской помощью.
4. Уровень иммунизации населения.
5. Степень обследования беременных квалифицированным персоналом.
6. Состояние питания, в том числе питания детей.
7. Уровень детской смертности.
8. Средняя продолжительность предстоящей жизни.
9. Гигиеническая грамотность населения.

Однако в медико-социальных исследованиях группового здоровья, здоровья населения и общественного здоровья традиционно принято использовать следующие индикаторы или группы показателей:

1. Медико-демографические показатели.
2. Показатели заболеваемости.
3. Показатели инвалидности.
4. Показатели физического развития населения.

Когда мы говорим о социальной обусловленности здоровья, то имеем в виду первостепенное по своему значению, а подчас и решающее воздействие на него социальных факторов риска, т.е. факторов, воздействие которых приводит к нарушению компенсаторно-приспособительных механизмов и тем самым способствует развитию патологии

Влияние образа жизни на здоровье

Образ жизни является основным фактором, определяющим здоровье. Под образом жизни понимают определенный, исторически обусловленный тип, вид жизнедеятельности, определенный способ деятельности активности человека, группы людей в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизнедеятельности людей. Имеется органическая связь этого понятия с таким понятием, как поведение в широком смысле этого слова как активного, деятельного начала, зависящего от личности, субъекта, как объективной стороны общества.

Образ жизни связан и такими распространенными понятиями, как уровень жизни, качество жизни, уклад жизни, стиль жизни.

Условия жизни – условия, определяющие образ жизни. Они могут быть материальными и нематериальными.

Уровень жизни, или уровень благосостояния, определяется: размером валового продукта, национальным доходом, реальными доходами населения, обеспеченностью жильем, медицинской помощью, показателями здоровья населения.

Качество жизни – это степень удовлетворенности человека различными аспектами своей жизни в зависимости от его собственной шкалы ценностей и личных приоритетов.

Уклад жизни – порядок, регламент труда, быта общественной жизни, в рамках которых проходит жизнедеятельность людей.

Стиль жизни – индивидуальные особенности поведения человека в повседневной жизни.

Рассматривая понятие «образ жизни», выделяют наиболее часто встречающиеся формы деятельности людей или отдельно взятого человека: производственно-трудовую, социальную, познавательную деятельность, в быту и медицинскую активность.

Производственно-трудовая деятельность оценивается на основании степени удовлетворенности выполняемой работой, уровнем профессионального мастерства, отношениями в коллективе, инициативностью и т.д.

Показателями деятельности в быту являются: жилищно-бытовые условия, наличие современной бытовой техники, время, которое затрачивается на ведение домашнего хозяйства, семейно-брачные отношения и др.

Проведенными социально-гигиеническими и медицинскими исследованиями установлено, что наиболее сильное влияние на формирование здоровья населения оказывает медицинская активность населения, которая в наибольшей степени отражает деятельность людей в области индивидуального и общественного здоровья, а именно наиболее типичные и характерные виды, формы активности, деятельности людей в этой области, зависящие от конкретной социально-экономической и политической обстановки.

Медицинская активность включает в себя деятельность отдельных лиц, групп населения, в целом работу органов и учреждений здравоохранения по обеспечению населения лечебной и профилактической помощью. Важным ее элементом следует считать гигиеническое (воспитание) поведение, состоящее из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, выполнения медицинских предписаний и назначений, посещения учебно-профилактических учреждений.

К медицинской активности можно отнести не только позитивную, благоприятствующую здоровью деятельность, но и наносящую урон здоровью, отрицательную медицинскую активность, идущую

вразрез с гигиеническими и медицинскими рекомендациями, в конечном счете – здоровому образу жизни.

Медицинская активность включает в себя различные аспекты, такие как:

- санитарная (медицинская) грамотность;
- гигиенические и антигигиенические привычки;
- обращаемость в медицинские учреждения за советами;
- выполнение медицинских рекомендаций;
- участие в охране общественного здоровья.

В то же время необходимо помнить, что понятие «медицинская активность» не сводится, как может первоначально показаться, только к деятельности медицинских учреждений, служб, даже системы здравоохранения в целом.

Анализируя факторы, от которых зависит образ жизни, можно сказать, что это понятие квалифицируется как система наиболее существенных, типичных характеристик, способов деятельности или активности людей, являющихся отражением уровня развития производства, культуры, духовности и других сфер жизни человека (цивилизации).

Здоровый образ жизни и его формирование

Изучение образа жизни и здоровья в различных группах населения позволило сделать вывод о том, что медицинская активность обуславливает более 30 % всех факторов здоровья, а от ее недостатков зависит не менее 50 % заболеваемости. В связи с этим в последние годы с медицинской активностью связывают понятие «здоровый образ жизни».

Здоровый образ жизни – это прежде всего деятельность, активность личности, группы людей, общества, использующих материальные и духовные условия и возможности в интересах здоровья, гармонического физического и духовного развития человека.

Здоровый образ жизни формируется всеми сторонами и проявлениями образа жизни, позитивно влияющими на здоровье.

В формировании здорового образа жизни существуют два направления:

- 1) создание, развитие, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств, позитивного поведения;
- 2) преодоление, уменьшение отрицательного воздействия факторов риска здоровью

Пропаганда здорового образа жизни должна делать акцент не столько на санитарном просвещении, сколько на средствах гигиенического воспитания, т.е. не на пассивном восприятии медицинских и гигиенических знаний, различной, пусть и полезной информации, а на обучении восприятию гигиенических навыков, правил и норм поведения и активном использовании их в жизни, т.е. на обучении действи-

ям, направленным на освоение здорового образа жизни в конкретных условиях и ситуациях.

Таким образом, формирование здорового образа жизни становится универсальным средством первичной профилактики, базой стратегии охраны и укрепления здоровья. Оно должно стать стержнем профилактических территориальных и отраслевых программ здоровья.

Основные элементы здорового образа жизни

Все мы хотим как можно дольше оставаться сильными, красивыми, здоровыми и никогда не терять любовь к жизни и хорошие отношения с близкими. Но почему-то мало у кого все это ассоциируется с понятием «здоровый образ жизни», хотя именно в нем кроются секреты, как же достичь всего вышеперечисленного.

Кратко разберем основные элементы здорового образа жизни:

1. Регулярные правильные физические нагрузки. Совсем не обязательно углубляться в спорт, достаточно лишь не пренебрегать активными видами отдыха, по возможности, почаще ходить пешком. В идеале заниматься фитнесом.

2. Правильное комплексное питание. Три-четыре раза в день с включением свежих фруктов, овощей, круп, соков. Отказ от продуктов, содержащих множество консервантов.

3. Отказ от алкоголя, курения, наркотиков.

4. Регулярное пребывание в лесу или в парке, на свежем воздухе.

5. Закаливание, улучшение иммунитета. (Обливание, обтирание, бег по росе и прочее регулярное воздействие тепла, холода и солнечных лучей). Человек адаптируется к воздействиям внешней среды.

6. Способность справиться со стрессом. Использование медитативных методик, помощь специалистов, самоконтроль и душевное равновесие.

7. Эффективное использование времени. Пословица гласит: «Чем больше делаешь, тем больше успеваешь».

8. Забота об окружающей среде. От нее так же зависит состояние здоровья.

9. Использование медицинской помощи при необходимости. Не откладывать лечения, считая, что «оно само пройдет». Знание основ первой медицинской помощи.

10. Позитивное отношение к жизни.

Здоровье – это совокупность физических и психических качеств человека, которые являются основой его долголетия, осуществления творческих планов, создания крепкой дружной семьи, рождения и воспитания детей, овладения достижениями культуры.

О состоянии здоровья детей, можно судить по целому ряду показателей: физическое развитие, заболеваемость, инвалидизация и демографические показатели.

Факторы, влияющие на здоровье

На формирование здоровья оказывает влияние целый ряд факторов. Их можно разделить на 4 группы:

1. Природно-климатические факторы (природные ресурсы, биоклиматический уровень, физико-географический уровень) и экологические факторы;
2. Медицинские факторы (организация медицинской помощи);
3. Биологические факторы (пол, возраст, конституция, наследственность);
4. Социально-экономические факторы (учеба, труд, быт, питание, уровень образования и культуры).

Правильное и полноценное питание, двигательная активность, профилактика вредных привычек смогут способствовать укреплению здоровья и явятся мерами, препятствующими развитию заболеваний.

Здоровый образ жизни – это деятельность, активность людей, направленные на сохранение и улучшение здоровья.

Факторы внешней среды и их влияние на здоровье человека

Одним из важнейших понятий экологии является среда обитания. *Среда* — это совокупность факторов и элементов, воздействующих на организм в месте его обитания. Любой человек живет в сложном, постоянно меняющемся мире, постоянно приспосабливаясь к нему и регулируя свою жизнедеятельность в соответствии с его изменениями. Живые организмы существуют как открытые, подвижные системы, устойчивые при притоке к ним энергии и информации из окружающей среды. На нашей планете живые организмы освоили четыре основные среды обитания, каждая из которых отличается совокупностью специфических факторов и элементов, воздействующих на организм.

Отдельные компоненты среды обитания, воздействующие на живые организмы, на которые они реагируют приспособительными реакциями (адаптациями), называются факторами среды, или экологическими факторами. Иначе говоря, комплекс окружающих условий, влияющих на жизнедеятельность организмов, носит *название экологические факторы среды*.

Все экологические факторы делят на группы:

1. Абиотические факторы включают компоненты и явления неживой природы, прямо или косвенно воздействующие на живые организмы. Среди множества абиотических факторов главную роль играют:
 - климатические (солнечная радиация, свет и световой режим, температура, влажность, атмосферные осадки, ветер, атмосферное давление и др.);
 - эдафические (механическая структура и химический состав почвы, влагоемкость, водный, воздушный и тепловой режим почвы, кислотность, влажность, газовый состав, уровень грунтовых вод и др.);

- орографические (рельеф, экспозиция склона, крутизна склона, перепад высот, высота над уровнем моря);
- гидрографические (прозрачность воды, текучесть, проточность, температура, кислотность, газовый состав, содержание минеральных и органических веществ и др.);
- химические (газовый состав атмосферы, солевой состав воды);
- пирогенные (воздействие огня).

2. Биотические факторы – совокупность взаимоотношений живых организмов, а также их взаимовлияний на среду обитания. Действие биотических факторов может быть не только непосредственным, но и косвенным, выражаясь в корректировке абиотических факторов (например, изменение состава почвы, микроклимата под пологом леса и т.д.). К биотическим факторам относятся:

- **фитогенные** (влияние растений друг на друга и на окружающую среду);
- **зоогенные** (влияние животных друг на друга и на окружающую среду).

3. Антропогенные факторы отражают интенсивное влияние человека (непосредственно) или человеческой деятельности (опосредованно) на окружающую среду и живые организмы. К таким факторам относятся все формы деятельности человека и человеческого общества, которые приводят к изменению природы как среды обитания и других видов и непосредственно сказываются на их жизни. Каждый живой организм испытывает влияние неживой природы, организмов других видов, в том числе человека, и в свою очередь оказывает воздействие на каждую из этих составляющих.

Влияние антропогенных факторов в природе может быть как сознательным, так и случайным, или неосознанным. Человек, распашивая целинные и залежные земли, создает сельскохозяйственные угодья, выводит высокопродуктивные и устойчивые к заболеваниям формы, расселяет одни виды и уничтожает другие. Эти воздействия (сознательные) часто носят отрицательный характер, например необдуманное расселение многих животных, растений, микроорганизмов, хищническое уничтожение целого ряда видов, загрязнение среды и др.

К случайным относятся воздействия, которые происходят в природе под влиянием деятельности человека, но не были заранее предусмотрены и запланированы им: распространение вредителей, паразитов, случайный завоз различных организмов с грузом, непредвиденные последствия, вызванные сознательными действиями в природе, например осушением болот, постройкой плотин, распашкой целины и др.

Биотические факторы среды проявляются через взаимоотношения организмов, входящих в одно сообщество. В природе многие виды тесно

взаимосвязаны, их отношения друг с другом как компонентами окружающей среды могут носить чрезвычайно сложный характер. Что касается связей между сообществом и окружающей неорганической средой, то они всегда являются двусторонними, обоюдными. Так, характер леса зависит от соответствующего типа почв, но сама почва в значительной мере формируется под влиянием леса. Подобно этому температура, влажность и освещенность в лесу определяются растительностью, но сформировавшиеся климатические условия в свою очередь влияют на сообщество обитающих в лесу организмов.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения как государственная задача

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения РБ обеспечивается Республиканским законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

В Законе указывается, что посредством чего обеспечивается санитарно-эпидемиологическое благополучие.

Осуществление мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения является расходным обязательством РБ.

Осуществление мер по предупреждению эпидемий и ликвидации их последствий, а также по охране окружающей среды является расходным обязательством субъектов РБ.

Органы государственной власти и органы местного самоуправления, организации всех форм собственности, индивидуальные предприниматели, граждане обеспечивают соблюдение требований законодательства РБ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения за счет собственных средств.

Законодательство РБ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее – санитарное законодательство) основывается на Конституции РБ и состоит из настоящего Республиканского закона, других республик законов, а также принимаемых в соответствии с ними законов и иных нормативных правовых актов РБ.

Экстремальные природно-климатические факторы

Изучение влияния климатических факторов на человека приобретает особую актуальность в районах с экстремальными природными условиями.

Понятие экстремальности окружающей среды применяется по отношению к различным типам сред, причем не только природных, но и социальных. Экстремальное действие на человека может оказывать быстрая смена привычных условий на новые – даже на более благоприятные для жизнедеятельности. Экстремальность различных воз-

действий неодинакова для представителей различных адаптивных типов людей, этносов и рас, а также для различных возрастных групп населения.

Представления об экстремальности меняются в зависимости от уровня экономического и социально-политического развития общества, поскольку этот уровень определяет степень зависимости человека от сил природы. Они меняются и в зависимости от степени освоенности человеком территории, ранее считавшейся экстремальной, т.е. от того, насколько активно человек воздействовал на окружающую его среду при создании благоприятных для жизни и трудовой деятельности условий.

Влияние экстремальных условий на человека может быть различно по продолжительности в годовом цикле. Так, например, в Восточной Сибири экстремально холодные условия имеют место в течение зимы, а в центральных областях Антарктиды экстремально холодные условия наблюдаются весь год. К экстремальным можно отнести территории с повторяющимися природными явлениями стихийного характера, например, наводнениями, землетрясениями, извержениями вулканов.

Тесная экологическая связь существует между человеком и геохимическими условиями. Основная связь человека с геохимическими условиями природной среды осуществляется по пищевым цепям. В результате гомеостатической регуляции обменных процессов в организме человека происходит поддержание необходимых концентраций различных химических элементов, однако эта регуляция может осуществляться лишь при определенных концентрациях элементов во внешней среде, которые называются *пороговыми концентрациями*. Условия районов, которые по своим параметрам находятся между нижними и верхними пороговыми концентрациями, называются *комфортными*. Остальные районы являются экстремальными. Экстремальность территории по геохимическому фактору устраняется введением в рацион питания населения недостающих химических элементов.

Существенное влияние на человека оказывают биотические условия. Они определяются условиями флоры и фауны конкретной территории. Экстремальными считаются территории, практически лишенные растительного покрова, а также территории, содержащие паразитарные системы, компонентами которых выступают возбудители различных, особо опасных для человека, инфекций.

Предотвращение бедствий

- Необходимо тщательно изучать факты и причины случившегося.

- Правительства должны вести работу по сбору и распространению информации о факторах риска.
- Правительства должны обеспечить работу рынков земли и недвижимости – в этом случае цены на собственность отражают факторы риска и помогают принимать решение о выборе места жительства и необходимых предупредительных мерах.
- Правительства должны создавать необходимую инфраструктуру и поддерживать ее качество. Перечень ключевых объектов не должен быть слишком длинным – затраты будут несоизмеримы с выгодой.
- Необходимо способствовать развитию социальных институтов, обеспечивающих общественный надзор. Страны, где эффективно функционируют социальные институты, предотвращают бедствия более успешно.
- Следует развивать благотворительность для увеличения доли гуманитарной помощи, направленной на предотвращение бедствий.
- Меры, принимаемые в частном и государственном порядке, должны быть согласованы

Культура поведения как компонент психического здоровья детей.

С самого раннего детства ребенок вступает в сложную систему взаимоотношений с окружающими людьми (дома, в детском саду и т.д.) и приобретает опыт общественного поведения. Формировать у детей навыки поведения, воспитывать сознательное, активное отношение к порученному делу, чувство товарищества нужно с дошкольного возраста.

В детском саду для этого немало возможностей. В процессе повседневного общения со сверстниками дети учатся жить в коллективе, овладевают на практике моральными нормами поведения, которые помогают регулировать отношения с окружающими.

Работая с детьми, воспитатели уделяют большое внимание формированию их поведения на занятиях, в играх, труде и недостаточно оценивают возможности повседневной бытовой деятельности, зачастую проходя мимо тех педагогических ценностей, которые таит в себе повседневная жизнь дошкольного учреждения.

Каждый день дети здороваются и прощаются, убирают после игры игрушки, умываются, одеваются на прогулку и раздеваются. Ежедневно ребенку приходится аккуратно вешать одежду, ставить обувь и т.д. Во всех этих ситуациях дети не только практически овладевают различными навыками и умениями, но и осваивают определенные нормы поведения в коллективе сверстников.

Необходимо прививать детям умение правильно обращаться с игрушками, книгами, пособиями, личными вещами, бережно относиться к общественному имуществу; формировать навыки, умения,

связанные с подготовкой к предстоящей деятельности (играм, занятиям, труду), т.е. учить ребенка готовить рабочее место и все необходимые предметы и материалы, с которыми он будет играть и заниматься; четко и последовательно организовывать свою деятельность, планировать время в процессе деятельности, доводить начатое до конца.

Социальная помощь в сфере профилактики здорового образа жизни рассматривается как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и на сохранение и укрепление здоровья различных групп населения. Социальная работа принципиально изменяет характер комплексной помощи в сфере охраны здоровья, предполагая системные социальные воздействия на более ранних этапах развития болезни и социальной дезадаптации, являющихся потенциальными причинами тяжелых осложнений, инвалидности и летального исхода.

Цель социальной работы в области охраны здоровья – достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также неблагоприятных в социальном плане.

В аспекте достижения цели по созданию благоприятного социального окружения важны проекты, ориентированные на информационное обеспечение деятельности молодежи по принципу «равный – равному». Основным принцип этих программ состоит в том, что молодежь с большим доверием относится к той информации, которую получает от своих сверстников, а еще больше – к информации, созданной молодыми. Именно на это были направлены проекты создания молодежных информационных, ресурсных центров, семинары информационных волонтеров, разработка интерактивного модуля для молодежных информационных центров. В рамках реализации этих программ были наработанные информационные материалы по профилактике негативных явлений в молодежной среде, в разработке их приняли участие многие представители молодежи, изучили, осознали и смогли донести к ровесникам необходимость ведения здорового образа жизни. Важно, что ресурсные центры при социальных службах стали местом, где нужную информацию относительно здорового образа жизни, могут предоставить не только детям и молодежи, но и родителям, учителям, специалистам, работающим с молодежью. Сюда могут обратиться за помощью и кризисные категории людей, имеющих проблемы.

Здоровый образ жизни – это образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный, трудовой, закаляющий и, в то же время, защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье.

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ: ПОНЯТИЕ, ПРИНЦИПЫ, ХАРАКТЕРИСТИКА

Охрана здоровья граждан – совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи.

Основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий:

1. Мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе признания, соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права.

2. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.

3. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи

1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем:

- 1) соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации;

2) оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента;

3) обеспечения ухода при оказании медицинской помощи;

4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;

5) установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;

6) создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

2. В целях реализации принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи органы государственной власти, органы государственной власти субъектов, органы местного самоуправления, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья, и медицинские организации в пределах своей компетенции взаимодействуют с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

Приоритет охраны здоровья детей

1. Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей.

2. Дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи.

3. Медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья.

4. Органы государственной власти, органы государственной власти субъектов и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, и принимают соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями.

5. Органы государственной власти и органы государственной власти субъектов в соответствии со своими полномочиями создают и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей, в том числе детей-инвалидов, и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру, ориентированную на организованный отдых, оздоровление детей и восстановление их здоровья.

Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья

Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации случаях.

Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья

1. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, медицинские организации и иные организации осуществляют взаимодействие в целях обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья.

2. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут в пределах своих полномочий ответственность за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, установленных законодательством.

Доступность и качество медицинской помощи

Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;

2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;

3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с законом;

4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) установлением в соответствии с законодательством требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;

8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.

Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

3. За нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством.

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:

1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;

2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;

4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством;

5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством.

Соблюдение врачебной тайны

1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.

3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 закона;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 закона, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной

власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства о персональных данных;

9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с законом;

11) утратил силу.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения закреплено в статье 45 Конституции РБ.

Закон Республики Беларусь «О социальном обслуживании» устанавливает основы правового регулирования системы социального обслуживания, порядок предоставления и получения социальных услуг. В последнее время сеть учреждений, предоставляющих различные виды социальных услуг, а также перечень таких услуг значительно расширились. Развитие системы идет по пути адресности оказания социальной помощи. Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» установлено, что граждане имеют право на охрану здоровья, обеспечиваемое, помимо прочего, предоставлением населению доступной медицинской помощи, включая бесплатное лечение в государственных организациях здравоохранения.

Государственным организациям здравоохранения законом предоставлено право оказывать платные медицинские услуги, которые являются дополнительными к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи (к примеру, косметологические услуги, пластическая хирургия, за исключением операций, выполняемых по медицинским показаниям и т. п.).

1. Политика в области здравоохранения. Здравоохранение – система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья людей, профи-

лактику и лечение заболеваний; а также система специальных институтов и организаций, которые их осуществляют, способы их формирования и деятельности.

Главные задачи системы здравоохранения - это охрана здоровья населения и оказание медицинской помощи. Охрана здоровья – это совокупность мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья настоящего и будущих поколений людей. Медицинская помощь – комплекс медицинских мероприятий по сохранению и укреплению здоровья людей, включающий профилактику, диагностику, лечение, реабилитацию, протезирование.

В настоящее время в мире существуют три различающиеся между собой системы здравоохранения:

1. Преимущественно государственная (Великобритания).
2. Преимущественно страховая (Германия, Австрия, Франция, Бельгия).
3. Преимущественно частная (США).

Но в большинстве стран мира в здравоохранении сосуществуют одновременно элементы всех этих систем.

В нашей стране долгое время существовала только государственная система здравоохранения, в настоящее время в систему здравоохранения Республики Беларусь входят государственное здравоохранение и частное здравоохранение, в самое последнее время начала появляться и страховая медицина.

Основой системы здравоохранения Республики Беларусь является государственное здравоохранение.

Государственная система здравоохранения включает Министерство здравоохранения Республики Беларусь, управления (комитеты) и отделы здравоохранения местных исполнительных и распорядительных органов, отраслевые органы управления министерств, а также подведомственные им организации здравоохранения, медицинские учреждения образования и научно-исследовательские организации.

Частная система здравоохранения включает организации здравоохранения, медицинские учреждения образования и научно-исследовательские организации, создаваемые физическими и негосударственными юридическими лицами. Медицинская и фармацевтическая деятельность на территории Республики Беларусь осуществляется физическими и юридическими лицами только при наличии специального разрешения (лицензии).

С начала 90-х годов XX века значительно увеличился объем услуг, оказываемых населению всеми типами учреждений здравоохранения. За последние годы выдано около 1000 лицензий на оказание медицинских услуг негосударственным организациям здравоохране-

ния. Платные услуги стали оказывать и государственные медицинские учреждения.

Государственная политика в области здравоохранения основывается на Конституции Республики Беларусь. Положения Конституции получили более глубокое рассмотрение в Законе о здравоохранении (1993) и иных актах законодательства Республики Беларусь. В этих правовых документах установлено, что граждане Республики Беларусь независимо от пола, расы, языка, национальности, должностного и социального положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, иных обстоятельств имеют право на охрану здоровья.

Законодательство республики Беларусь определяет государственную политику в области охраны здоровья населения, правовые и экономические основы деятельности системы здравоохранения, регулирует общественные отношения в области охраны здоровья населения Республики Беларусь.

Основными направлениями государственной политики в области охраны здоровья населения являются:

- создание условий для сохранения и укрепления здоровья населения;
- профилактическая работа, направленная на сохранение здоровья населения;
- приоритетное медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение детей и матерей;
- контроль со стороны Министерства здравоохранения Республики Беларусь над деятельностью в области здравоохранения;
- содействие развитию медицинской науки.

Финансирование государственного здравоохранения осуществляется из средств республиканского и местных бюджетов из расчета потребности расходов на оказание медицинской помощи на одного жителя.

В целях профилактики заболеваний, непрерывности медицинского наблюдения и лечения граждане Республики Беларусь закрепляются за организациями здравоохранения по месту жительства, а при наличии ведомственных организаций здравоохранения - также и по месту работы, службы, учебы.

Организации здравоохранения обеспечивают население необходимой медицинской помощью, направляют больных по медицинским показаниям на обследование и лечение в другие организации здравоохранения.

Медицинская помощь населению включает первичную медико-санитарную помощь (в том числе скорую медицинскую помощь) и специализированную медицинскую помощь. Первичная медико-санитарная помощь является основным и доступным для каждого че-

ловека видом медицинской помощи и включает лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний, родовспоможение, проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинскую профилактику заболеваний, гигиеническое обучение, проведение мер по планированию семьи, охране материнства, отцовства и детства, проведение других мероприятий.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Скорая медицинская помощь – вид медицинской помощи, оказываемой пациентам по жизненным показаниям. Скорая медицинская помощь оказывается пациентам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастный случай, травма, отравление, другие состояния и заболевания), и осуществляется безотлагательно государственной службой скорой медицинской помощи.

Граждане Республики Беларусь имеют право получать лечение в санаториях и санаториях-профилакториях за счет собственных средств, средств государственного социального страхования, средств республиканского и местных бюджетов, средств физических и юридических лиц. Лечение детей в детских санаториях и санаториях для родителей с детьми осуществляется бесплатно.

В Республике Беларусь материнство охраняется и поощряется государством. Женщинам создаются условия, позволяющие сочетать труд с материнством, обеспечиваются правовая защита. Беременной женщине гарантируется медицинское наблюдение в государственных организациях здравоохранения, стационарная медицинская помощь во время и после родов, а также лечебно-профилактическая помощь и медицинское наблюдение за новорожденным.

Государство гарантирует беременным женщинам, кормящим матерям, а также детям в возрасте до трех лет полноценное питание, в том числе в случае необходимости обеспечивает их продуктами питания через специализированные пункты питания и магазины по медицинскому заключению в порядке, определяемом Советом Министров Республики Беларусь.

Государственные организации здравоохранения осуществляют наблюдение детей и подростков в возрасте до восемнадцати лет. Дети в возрасте до трех лет и дети-инвалиды в возрасте до восемнадцати лет обеспечиваются лекарственными средствами бесплатно. Важнейшим направлением государственной политики в области здравоохранения является организация бесплатных консультаций по вопросам планирования семьи, по медико-психологическим аспектам семейно-

брачных отношений, а также на медико-генетические и другие обследования в государственных организациях здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства. Государственные органы и иные организации здравоохранения организуют и осуществляют специальные меры профилактики заболеваний и лечение лиц, имеющих заболевания, представляющие опасность для здоровья населения.

Государство обеспечивает систему мер по предупреждению и лечению алкоголизма, наркомании и токсикомании.

Политика в области здравоохранения предусматривает повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения на основе: внедрения передовых медицинских технологий и создания научно-практических центров; реструктуризации системы оказания медицинской помощи, включая перераспределение ресурсов со стационарной формы на амбулаторно-поликлиническую; развития медико-социальной помощи и общей врачебной практики; совершенствования системы социальных стандартов, а также территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи; расширения доступа граждан к эффективным, безопасным и качественным лекарственным средствам; формирования комплексной программы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан; совершенствования системы управления качеством медицинской помощи; стандартизации медицинских технологий, развития профилактических и реабилитационных технологий. Планируется разработать и внедрить систему стандартов для медицинских информационных систем, передовые медицинские технологии, в том числе телемедицину, с широкой компьютеризацией медицинских организаций, созданием в них локальных вычислительных систем, введением в действие электронных версий медицинских карт пациентов. Законодательство Республики Беларусь запрещает осуществление эвтаназии.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Медико-социальная помощь – помощь, направленная на уход за больными и инвалидами, профилактику инвалидности и социально значимых форм патологии, медико-социальный патронаж.

Общеизвестно, что здоровье населения является наиболее зримым показателем социального благополучия, нормального функционирования общества, важнейшей предпосылкой обеспечения безопасности любой страны.

В соответствии с Конституцией каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Охрана здоровья граждан – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты.

Медико-социальная помощь предполагает оказание гражданам профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи, а также принятие мер социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Различают следующие виды медико-социальной помощи: первичную; скорую; специализированную; гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями; гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Главной целью деятельности Учреждений здравоохранения является обеспечение доступности и полное удовлетворение потребности закрепленного населения в специализированной медицинской помощи, а также оказание консультативной и организационно - методической помощи другим лечебно-профилактическим учреждениям.

Для осуществления цели Учреждения обеспечивают:

- оказание первичной медицинской и специализированной медицинской помощи населению;
- профилактику;
- организацию медицинского освидетельствования вновь поступающих на работу;
- определение потребности в оказании медицинской помощи;
- развитие и повышение эффективности медицинской помощи на основе внедрения новейших современных методов диагностики, лечения и новых прогрессивных форм ее организации;
- экономическую увязку материальных стимулов к высококачественному труду с показателями медицинской работы.

ТИПЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Амбулаторно-поликлинические (амбулатории, городские поликлиники, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты), косметологические лечебницы, поликлиники на водном транспорте, поликлиники на железнодорожном транспорте, стоматологические поликлиники, центральные районные поликлиники и т.д.;

больничные (городские больницы, детские больницы, центральные районные больницы, больницы на водном транспорте, больницы на железнодорожном транспорте, специализированные больницы, частные лечебницы);

диспансеры (врачебно-физкультурные, кардиологические, кожно-венерологические, наркологические, онкологические, противотуберкулезные, психоневрологические и т.д.);

охраны материнства и детства (родильные дома, дом ребенка, ясли, молочная кухня);

скорой и неотложной медицинской помощи и переливания крови;

санаторно-курортные (санатории, детские санатории, курортные поликлиники, грязелечебницы, санатории-профилактории).

К **стационарным** учреждениям относятся больницы, медико-санитарные части, госпитали для ветеранов войн, центры.

К **санитарно-профилактическим** учреждениям относятся: санитарно-эпидемиологические (центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора, дезинфекционные станции, противочумные станции, изоляционно-пропускные пункты на железнодорожном транспорте), санитарного просвещения (центры медицинской профилактики, дома санитарного просвещения и т.д.).

Существуют также учреждения судебно-медицинской экспертизы (бюро судебно-медицинской экспертизы), аптечные (аптеки, аптечные базы, аптечные киоски, аптечные магазины, аптечные склады, базы и склады медицинской техники, магазины медицинской техники и оптики, контрольно-аналитическая лаборатория).

Ведущее место в структуре учреждений здравоохранения занимают лечебно-профилактические учреждения. Основными принципами их деятельности являются: преемственность в работе различных учреждений и прежде всего поликлиник и стационаров, единство лечения и профилактики, участковый принцип обслуживания, диспансерный метод работы, общедоступность и специализация врачебной помощи.

Задачи деятельности:

- участие в отслеживании социальной и демографической ситуации, в прогнозировании социальных процессов и выработке пред-

ложений по совершенствованию социального обслуживания населения региона;

- выявление и дифференцированный (по категориям) учет граждан, нуждающихся в социальной поддержке, определение необходимых им форм помощи и периодичности ее предоставления;
- оказание гражданам социально-бытовых, психологических, правовых, консультационных услуг, материальной помощи, содействие в социальной адаптации и реабилитации граждан и оказание иных услуг, предусмотренных Перечнем бесплатных и общедоступных социальных услуг, предоставляемых государственными учреждениями социального обслуживания системы Министерства труда и социальной защиты в соответствии с их профилем, утвержденным постановлением постановления Совета Министров Республики Беларусь от 27 декабря 2012 г. № 1218 «О некоторых вопросах оказания социальных услуг», а также дополнительных услуг при соблюдении принципов социального обслуживания;
- создание комфортной среды жизнедеятельности для инвалидов и других физически ослабленных лиц;
- принятие мер стабилизации демографической ситуации;
- выдача удостоверений многодетной семьи (подготовка и рассмотрение заявлений заинтересованных лиц и выдача административных решений), выдача дубликата удостоверения многодетной семьи;
- сотрудничество с государственными, общественными и религиозными организациями, включая международные и зарубежные, в решении вопросов оказания социальной помощи и поддержки нуждающимся гражданам;
- информационно-просветительская деятельность по актуальным вопросам социальной политики и социального обслуживания и пр.

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Стационарное, нестационарное и полустационарное социальное обслуживание.

- Стационарное социальное обслуживание
- Нестационарное социальное обслуживание
- социальное обслуживание на дому;
- Социально-медицинское обслуживание на дому;
- Срочное социальное обслуживание;
- Социально-консультативная помощь;
- Полустационарное социальное обслуживание.

Стационарное социальное обслуживание осуществляется в стационарных учреждениях социального обслуживания (дома-интернаты, пансионаты, и др.) путем предоставления социальных услуг гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном постороннем уходе. Стационарное социальное обслуживание обеспечивает создание соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питание и уход, а также организацию посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга.

Нестационарное социальное обслуживание включает в себя:

- а) социальное обслуживание на дому;
- б) социально-медицинское обслуживание на дому;
- в) срочное социальное обслуживание;
- г) социально-консультативная помощь.

Социальное обслуживание на дому является одной из основных форм социального обслуживания, направленной на максимально возможное продление пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов.

Осуществляется путем предоставления гражданам, нуждающимся в постоянном или временном нестационарном социальном обслуживании, частично утратившим способность к самообслуживанию помощи на дому в виде социально-бытовых, социально-медицинских услуг и иной помощи.

К числу надомных социальных услуг, предусмотряемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, относятся:

- 1) организация питания, включая доставку продуктов на дом;
- 2) помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости;
- 3) содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинские учреждения;
- 4) поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями;
- 5) содействие в организации юридической помощи и иных правовых услуг;
- 6) содействие в организации ритуальных услуг;
- 7) другие надомные социальные услуги.

Кроме надомных социальных услуг, предусмотренных перечнями гарантированных государством социальных услуг, гражданам пожилого возраста и инвалидам могут быть предоставлены дополнительные услуги на условиях полной или частичной оплаты.

Социально-медицинское обслуживание на дому осуществляется в отношении нуждающихся в надомных социальных услугах граждан пожилого возраста и инвалидов, страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии), туберкулезом (за исключением активной формы), тяжелыми заболеваниями (в том числе онкологическими) в поздних стадиях, за исключением заболеваний, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения.

Срочное социальное обслуживание осуществляется в целях оказания неотложной помощи разового характера гражданам и инвалидам, остро нуждающимся в социальной поддержке.

Срочное социальное обслуживание может включать следующие социальные услуги:

- 1) разовое обеспечение остро нуждающихся бесплатным горячим питанием или продуктовыми наборами;
- 2) обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости;
- 3) разовое оказание материальной помощи;
- 4) содействие в получении временного жилого помещения;
- 5) организацию юридической помощи в целях защиты прав обслуживаемых лиц;
- 6) организацию экстренной медико-психологической помощи с привлечением для этой работы психологов и священнослужителей и выделением для этих целей дополнительных телефонных номеров;
- 7) иные срочные социальные услуги.

Социально-консультативная помощь гражданам и инвалидам направлена на их адаптацию в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства.

Социально-консультативная помощь гражданам и инвалидам ориентирована на их психологическую поддержку, активизацию усилий в решении собственных проблем и предусматривает:

- 1) выявление лиц, нуждающихся в социально-консультативной помощи;
- 2) профилактику различного рода социально-психологических отклонений;
- 3) работу с семьями, в которых живут граждане пожилого возраста и инвалиды, организацию их досуга;
- 4) консультативную помощь в обучении, профессиональной ориентации и трудоустройстве инвалидов;
- 5) обеспечение координации деятельности государственных учреждений и общественных объединений для решения проблем граждан пожилого возраста и инвалидов;

б) правовую помощь в пределах компетенции органов социального обслуживания;

7) иные меры по формированию здоровых взаимоотношений и созданию благоприятной социальной среды для граждан пожилого возраста и инвалидов.

Полустационарное социальное обслуживание включает социально-бытовое, медицинское и культурное обслуживание граждан и инвалидов, организацию их питания, отдыха, обеспечение их участия в посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания.

На полустационарное социальное обслуживание принимаются нуждающиеся в нем граждане и инвалиды, сохранившие способность к самообслуживанию и активному передвижению, не имеющие медицинских противопоказаний к зачислению на социальное обслуживание.

Порядок и условия полустационарного социального обслуживания определяются органами исполнительной власти субъектов.

Порядок и условия предоставления бесплатного надомного, полустационарного и стационарного социального обслуживания, а также на условиях полной или частичной оплаты устанавливаются органами исполнительной власти субъектов.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ

Инвалидность – социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты.

Предрассудки, равнодушие и страх являются социальными факторами, которые в течение многих лет вели к изоляции людей с ограниченными возможностями и задерживали их развитие. Изоляция привела к тому, что люди пугаются, встречаясь с инвалидами. Окружающие, недостаточно зная, о них, думают, что люди-инвалиды могут быть агрессивными, а ведь именно агрессия провоцирует инвалида на ответную реакцию. Интеграция людей с проблемами в развитии в общество зависит от отношения самого общества к этим людям, от информированности окружающих о жизни, особенностях инвалидов.

Нетрудоспособные граждане в каждой стране составляют предмет заботы государства, которое социальную политику ставит во главу угла своей деятельности. Основной заботой государства по отно-

шению к инвалидам является их материальная поддержка. Однако нетрудоспособные граждане нуждаются не только в материальной поддержке. Помочь инвалиду – это значит, прежде всего, воспринять и понять его мир, мир человека нуждающегося во внимательном и сердечном отношении. Для людей, имеющих инвалидность, быть независимым – значит иметь возможность жить как все; это не значит быть пассивными потребителями поддержки, это значит иметь широкий выбор возможностей и право на то, чтобы принимать на себя ответственность за свою жизнь.

Инвалидность – это ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того, чтобы они могли жить независимой жизнью. В настоящее время во всем мире, наблюдается тенденция роста числа детей-инвалидов. Вместе с тем остается нерешенным целый комплекс социальных, психолого-медико-педагогических и других проблем.

Согласно Декларации о правах инвалидов, *инвалид* – это лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет его физических или умственных возможностей».

В настоящее время существует два основных подхода к инвалидности: *медицинская модель инвалидности (традиционный подход) и социальная модель инвалидности.*

Медицинская модель инвалидности определяет инвалидность как медицинский феномен («больной человек», «человек с тяжелыми физическими увечьями», «человек с недостаточным интеллектуальным развитием» и т.д.). Исходя из этой модели, инвалидность рассматривается как недуг, заболевание, патология. Медицинская модель определяет методику работы с инвалидами, которая имеет патерналистский характер (т.е. ограничительно-покровительственная позиция общества) и предполагает лечение, трудотерапию, создание специальных служб, помогающих человеку выживать (например, в случае получения ребенком образования в учреждениях интернатного типа или вынужденного длительного пребывания инвалида в медицинском учреждении). Образование, участие в экономической жизни, отдых являются закрытыми для людей, имеющих инвалидность. Специализированные учебные заведения, специализированные предприятия и са-

натории изолируют людей, имеющих инвалидность, от общества и делают их меньшинством, права которого дискриминируются. Изменения в социально-политической и экономической жизни делают реальностью возможность интеграции людей, имеющих инвалидность, в общество и создают предпосылки для их независимой жизни.

Смысловым центром нового взгляда стала социальная модель инвалидности, которая рассматривает проблемы инвалидности как результат отношения общества к их особым потребностям. Согласно социальной модели, инвалидность является социальной проблемой. При этом ограниченные возможности – это не «часть человека», не его вина. Вместо того, чтобы обращать больше внимания на инвалидность людей, приверженцы социальной модели инвалидности сосредотачиваются на их степени здоровья.

Авторство социальной модели (иногда ее обозначают как «интерактивную модель», или «модель взаимодействия») принадлежит главным образом самим людям с ограниченными возможностями.

Проблема инвалидности в социальной модели выведена за рамки индивидуального существования и рассматривается в плоскости взаимоотношений между личностью и элементами общественной системы, акцентируя внимание на социальном давлении, дискриминации и эксклюзии. Данная модель не только популярна во многих цивилизованных странах, но и официально признана на государственном уровне, например, в США, Великобритании, Швеции. Важность социальной модели в том, что она не рассматривает инвалидов как людей, с которыми что-то не в порядке, а видит причины недееспособности в неподходящей архитектурной среде, несовершенных законах и т.п. Согласно социальной модели, человек с инвалидностью должен быть равноправным субъектом общественных отношений, которому общество должно предоставить равные права, равные возможности, равную ответственность и свободный выбор с учетом его особых потребностей. При этом человек с инвалидностью должен иметь возможности интегрироваться в общество на своих собственных условиях, а не быть вынужденным приспосабливаться к правилам мира «здоровых людей».

Социальная модель инвалидности не отрицает наличие дефектов и физиологических отличий, определяя инвалидность как нормальный аспект жизни индивида, а не девиацию, и указывает на социальную дискриминацию как наиболее значимую проблему, связанную с инвалидностью. Социальная модель сдвигает акцент в направлении тех аспектов жизни социума, которые могут быть изменены и предполагает первоочередную реализацию гражданских прав инвалидов. В данном случае речь идет о социальных условиях жизнедеятельности инвалида. Таким образом, инвалидность можно рассматри-

вать как одну из форм социального неравенства. Она социальное, а не медицинское понятие.

Таким образом, социальная модель рассматривает инвалидность как социальную проблему, а не как свойство человека. Согласно социальной модели, инвалидность требует политического вмешательства, так как проблема возникает из-за неприспособленности окружающей среды, вызываемой отношением и другими свойствами социального окружения. Переход к социальной модели обусловлен гуманизацией мирового сообщества в целом. Важность социальной модели в том, что она не рассматривает инвалидов как людей, с которыми что-то не в порядке, а видит причины недееспособности в неподходящей архитектурной среде, несовершенных законах и т.п. Содержание данной модели определяет следующий подход к решению проблем инвалидности: равные права инвалидов на участие во всех аспектах жизни общества должны быть закреплены законодательством, реализованы через стандартизацию положений и правил во всех сферах жизнедеятельности человека и обеспечены равными возможностями, создаваемыми социальной структурой. И наконец, интеграция детей с ограниченными возможностями в общество возможна лишь при формировании позитивного отношения к этой категории детей.

Необходимо воспитывать в обществе стремление морально поддерживать инвалидов. Работа, систематически проводимая в этом направлении, несомненно, принесет положительные результаты.

ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПРИЗНАНИЯ ГРАЖДАН ИНВАЛИДАМИ

Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных.

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

– нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

– ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

– необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Наличие одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп – на 1 год.

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

В случае признания гражданина инвалидом в качестве причины инвалидности указываются общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, инвалидность с детства, инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма, заболевание, полученное в период военной службы, инвалидность, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска, а также иные причины, установленные законодательством.

Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в 2 года, инвалидов II и III групп – 1 раз в год, а детей инвалидов – 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена категория «ребенок-инвалид».

Медико-социальная экспертиза гражданина проводится в бюро по месту жительства (по месту пребывания, по месту нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации).

В главном бюро медико-социальная экспертиза гражданина проводится в случае обжалования им решения бюро, а также по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов обследования.

Медико-социальная экспертиза может проводиться на дому в случае, если гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, или в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно по решению соответствующего бюро.

Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голо-

сов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения результатов его медико-социальной экспертизы.

Бюро, проводившее медико-социальную экспертизу гражданина, в 3 дневный срок со дня получения заявления направляет его со всеми имеющимися документами в главное бюро.

Главное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

В случае обжалования гражданином решения главного бюро главный эксперт по медико-социальной экспертизе по соответствующему субъекту с согласия гражданина может поручить проведение его медико-социальной экспертизы другому составу специалистов главного бюро.

Классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан, определяют основные виды нарушений функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности, а также основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.

Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан, определяют условия установления групп инвалидности.

К основным видам нарушений функций организма человека относятся:

- нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- нарушения языковых и речевых функций (нарушения устной и письменной, вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования и пр.);
- нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);
- нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;
- нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяются четыре степени их выраженности:

- 1 степень – незначительные нарушения,
- 2 степень – умеренные нарушения,
- 3 степень – выраженные нарушения,
- 4 степень – значительно выраженные нарушения.

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся: способность к самообслуживанию; способность к самостоятельному передвижению; способность к ориентации; способность к общению; способность контролировать свое поведение; способность к обучению; способность к трудовой деятельности.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяются 3 степени их выраженности:

Способность к самообслуживанию – способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены:

1 степень – способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень – способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень – неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц.

Способность к самостоятельному передвижению – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

1 степень – способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень – способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень – неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц.

Способность к ориентации – способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения:

1 степень – способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

2 степень – способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень – неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц.

Способность к общению – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации:

1 степень – способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи; при изолированном поражении органа слуха способность к общению с использованием невербальных способов и услуг по сурдопереводу;

2 степень – способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень – неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц.

Способность контролировать свое поведение – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально правовых и морально этических норм:

1 степень – периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

2 степень – постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

3 степень – неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц.

Способность к обучению – способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

1 степень – способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

2 степень – способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников, детей с ограниченными возможностями здоровья или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

3 степень – неспособность к обучению.

Способность к трудовой деятельности – способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

1 степень – способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

2 степень – способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц;

3 степень – неспособность к любой трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) любой трудовой деятельности.

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Необходимость удовлетворения потребностей людей на протяжении всей их жизни привела к расширению концепции охраны здоровья матери и ребенка, а также планирования семьи как одного из элементов первичной медико-санитарной помощи, до концепции охраны репродуктивного здоровья.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) «репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие

болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов.

Репродуктивное здоровье означает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь и они имеют возможности для воспроизводства и свободу принятия решения в отношении его целесообразности, времени и частоты.

Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам регулирования деторождения по их выбору, который не противоречит закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые бы позволили женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового ребенка».

Репродуктивное здоровье является важнейшей частью общего здоровья и занимает центральное место в развитии человека. Оно касается каждого. Оно касается личных и в высшей степени ценных аспектов жизни. Являясь не только отражением здоровья в детском и подростковом возрасте, оно также создает основу для обеспечения здоровья по прошествии репродуктивных лет жизни как женщин, так и мужчин, и определяет последствия, передаваемые от поколения к поколению.

Хорошее репродуктивное здоровье становится уделом немногих людей в связи с:

- недостаточными знаниями о сексуальности человека;
- несоответствующей требованиям, некачественной или недоступной информацией и обслуживанием в области репродуктивного здоровья;
- распространенностью опасных форм сексуального поведения и инфекций, передаваемых половым путем;
- ограниченностью выбора, перед которым стоят многие девушки и женщины в своей жизни.

Многие из названных проблем возникают во время подросткового периода – в то самое время, когда формируются основные привычки поведения, которые могут иметь в дальнейшем самые серьезные последствия для репродуктивного здоровья.

Самыми значимыми проблемами репродуктивного здоровья являются инфекции, передаваемые половым путем, включая ВИЧ/СПИД, и аборты.

Проблемы охраны репродуктивного здоровья неотделимы от проблем охраны сексуального здоровья и должны рассматриваться исходя из равенства прав мужчин и женщин на репродуктивное и сексуальное здоровье. Человеческая личность проявляется мириадами

способов, одним из которых является сексуальность, влияющая на мысли, чувства, взаимодействия и способствующая той энергии, которая побуждает людей искать любви, контакта, тепла, близости и достигать таким образом психического и физического здоровья. Однако сексуальность может иногда выражаться и таким образом, когда ставится под угрозу здоровье как отдельных лиц, так и семей (болезни, передаваемые половым путем, нежелательная беременность, насилие и т.д.).

Сексуальность человека и отношения между полами непосредственно влияют на способность молодых и взрослых людей поддерживать общее здоровье. Сексуальность человека оказывает воздействие на здоровье и развитие независимо от того, ведет она к деторождению или нет. Перед лицом опустошающих социальных и экономических издержек, эпидемии ВИЧ/СПИДа нельзя не признать, что здоровая сексуальность является ныне фундаментальным вопросом гуманитарного развития. Более того, обеспечение эффективной первичной медико-санитарной помощи в области охраны репродуктивного здоровья должно основываться на принципах укрепления здоровья каждого человека независимо от его намерений иметь или не иметь детей. Поэтому предоставление людям знаний и возможностей, которые требуются им для охраны себя и других от небезопасного выражения сексуальности, было и остается чрезвычайно важным, особенно в настоящее время в связи с ослаблением традиционных ограничений в отношении полового поведения, растущим сексуальным насилием и распространением болезней, передаваемых половым путем. Сейчас более, чем когда-либо, молодые, пожилые и другие категории населения, принадлежащие к огромному числу тех, для которых секс не является вопросом репродуктивности, должны иметь доступ к качественному санитарному просвещению.

Хотя потребности репродуктивного здоровья у мужчин и женщин отличаются по масштабу и характеру, мужчины играют особую роль в репродуктивном здоровье женщин. Но мужчины в своем большинстве плохо представляют себе потребности женщин в области репродуктивного и сексуального здоровья и не относятся к этому с должным вниманием. Поэтому все программы и службы также должны уделять особое внимание роли и ответственности мужчин в вопросах сохранения репродуктивного здоровья. От мужчин необходимо и потребовать, и помочь им взять на себя ответственность за свое сексуальное и репродуктивное поведение и свою социальную и репродуктивную роль. Необходимо, чтобы мужчины осознавали опасность, с которой сталкивается женщина в результате беспорядочных половых связей и слишком раннем начале половой жизни, при беременности и родах, особенно в подростковый период. Службы планирования семьи

должны предоставлять всеобъемлющую и доступную информацию, обеспечивать гарантированный доступ каждому человеку к просвещению по половым вопросам и услугам в области планирования семьи. Только осведомленные люди могут и будут действовать с чувством ответственности и с учетом их собственных потребностей, а также потребностей своей семьи и общества. Охрана здоровья женщины, в особенности охрана ее репродуктивного и сексуального здоровья, требует, чтобы и мужчина и женщина, составляющие пару, совместно об этом заботились и стремились помочь друг другу.

Планирование семьи

В рождении детей заинтересованы не только семья, но и государство, и общество в целом. Только для простого воспроизводства населения в стране в каждой семье должно быть 2-3 ребенка. Кроме того, когда подавляющее число семей имеет только одного ребенка, население «стареет» (в его структуре увеличивается удельный вес пожилых и старых людей). Это значит, что сокращается возможность использования умственного потенциала молодых и квалифицированных специалистов. Естественно, от этого страдает экономика государства и личное благосостояние каждого. Поэтому основной задачей государства является создание благоприятных для рождения желанных и здоровых детей социально-экономических условий, которые в себя включают: систему мер и законодательных актов по поддержке молодой семьи, особенно при рождении ребенка; охрану здоровья беременной женщины как в медицинском, так и в социальном плане, а также создание условий для безопасного материнства; создание условий, позволяющих гражданам реализовывать свои репродуктивные права: организацию медицинских служб, таких, как центры планирования семьи и репродукции, молодежные центры, генетические консультации, клиники лечения бесплодия и др.; обеспечение населения доступной и достоверной информацией в области охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, а также доступ к современным средствам контрацепции.

Во всем мире в последнее время все большее внимание уделяется проблеме здоровья, здорового образа жизни и ответственного родительства.

Планирование семьи – понятие, которое активно входит в нашу жизнь. Что это такое и почему планирование семьи так важно для каждого из нас, для каждой семьи? Многие годы планирование семьи ошибочно понималось как ограничение рождаемости. Но планирование семьи – это обеспечение здоровья женщины для рождения желанных и здоровых детей. Другими словами, планирование семьи – это дети по желанию, а не по случаю. Право на планирование семьи, на свободное и ответственное родительство является международно признанным правом

каждого человека. Планирование семьи помогает людям сознательно выбирать количество детей в семье и сроки их рождения, планировать свою жизнь, избежать ненужных тревог и волнений.

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия при отсутствии заболеваний репродуктивной системы на всех этапах жизни.

Репродуктивная система – это совокупность органов и систем организма, обеспечивающих функцию воспроизводства (деторождения).

Состояние репродуктивного здоровья во многом определяется образом жизни человека, а также ответственным отношением к половой жизни. В свою очередь, все это влияет на стабильность семейных отношений, общее самочувствие человека.

ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ

Психическое здоровье – психические особенности, позволяющие человеку быть адекватным и успешно адаптироваться к среде. Обычно сюда относят соответствие формируемых у человека субъективных образов объективной реальности, адекватность в восприятии себя, способность концентрировать внимание не предмете, способность к удержанию информации в памяти, критичность мышления. Противоположность психическому здоровью – психические отклонения, психические расстройства и психические заболевания.

Психическое здоровье – стабильное и адекватное функционирование психики человека, его основных психических функций – мышления, памяти и других. Это совокупность установок, качеств и функциональных способностей, которые позволяют индивиду адаптироваться к среде.

Человек, значительно отклоняющийся от стандартов своего общества, рискует быть признанным психически больным. В то же время представления о психической болезни различны в разных культурах и в разные времена внутри каждой культуры. Примером первого может служить тот факт, что многие племена индейцев, в отличие от большинства других американцев, считают галлюцинации нормальным явлением; пример второго – изменение отношения к гомосексуальности, которая когда-то рассматривалась как преступление, затем как психическая болезнь, а сейчас – как вариант сексуальной адаптации.

Жизнедеятельность человека как сложной живой системы обеспечивается на разных, но взаимосвязанных между собой уровнях функционирования. В самом общем приближении можно выделить три достаточно специфичных уровня рассмотрения: биологический,

психологический и социальный. И на каждом из названных уровней здоровье человека имеет особенности своего проявления.

Здоровье на биологическом уровне предполагает динамическое равновесие функций всех внутренних органов и их адекватное реагирование на влияние окружающей среды. Если вопросы профилактики здоровья, укрепления защитных сил организма и лечения болезней с давних пор находятся в поле внимания традиционной медицины, то наши представления о сущности и путях обеспечения здоровья, связанного с психологическим уровнем, пока еще не могут быть признаны удовлетворительными.

Вопросы здоровья на этом уровне так или иначе связаны с личностным контекстом рассмотрения, в рамках которого человек предстает как психическое целое. Верно найденные на них ответы в конце концов помогут нам понять главное: что такое здоровая личность. Чем более гармонично, как подчеркивал крупнейший российский психиатр С.С. Корсаков, соединены все существенные свойства, составляющие личность, тем она более устойчива, уравновешена и способна противодействовать влияниям, стремящимся нарушить ее цельность. Благополучие в психическом здоровье личности может быть нарушено доминированием определенных и негативных по своей сути черт характера, дефектами в нравственной сфере, неправильным выбором ценностных ориентации.

Переход от психологического к социальному уровню достаточно условен. Психологические свойства личности просто не существуют вне системы общественных отношений, в которую она включена. Человек предстает на этом уровне прежде всего как существо общественное. И соответственно здесь на передний план выходят вопросы влияния социума на здоровье личности. Психическое здоровье испытывает воздействие со стороны различных социальных связей, в том числе семьи, общения с друзьями и родственниками, работы, досуга, принадлежности к религиозным и другим организациям и др. Причем последствия этих воздействий могут носить как благотворный, так и негативный характер. Только люди со здоровой психикой обычно чувствуют себя активными участниками социальной системы. Запущенность воспитания и неблагоприятные условия окружающей среды становятся причиной различных форм неадекватного поведения человека в обществе, криминального развития личности. Личность может деградировать или измениться, если изменится ее отношение к людям, к труду или коллективу. Только устойчивость и постоянство активных отношений позволит личности поддерживать собственную надежность и противостоять воздействиям среды, преодолевать сопротивление внешних условий, бороться с препятствиями и достигать в конечном счете поставленных целей, осуществлять реализацию своих

намерений. Реализация идеи психического здоровья на социальном уровне потребует от общества пересмотра укоренившихся в нем, но не оправдавших себя традиций и приоритетов в сфере воспитания и образования, профессиональной занятости, организации досуга и отдыха, индустрии питания и др.

В проблеме психического здоровья вопрос о критериях оценки последнего является ключевым. Понятно, что каким-то одним критерием не исчерпать всей сути вопроса. Вместе с тем в литературе немало примеров, когда для характеристики психического здоровья предлагаются какие-то отдельные признаки его выраженности. Среди них особого внимания заслуживает критерий психического равновесия. С его помощью можно судить о характере функционирования психической сферы человека с различных сторон (познавательной, эмоциональной, волевой). Аномалии в развитии личности наиболее ярко заявляют о себе в проявлениях ее дисгармонии, утрате равновесия с социальным окружением, т.е. в нарушении процессов социальной адаптации, сопряженных с социумом. Этот критерий органично связан с двумя другими: гармоничностью организации психики и ее адаптивными возможностями. Что касается психического равновесия, то от степени его выраженности зависит уравновешенность человека с объективными условиями, его приспособленность к ним. Причем сама по себе уравновешенность не выступает как застывшее в своем проявлении равновесие, а разворачивается в поступательном движении жизненно важных биологических и психологических процессов. При этом, по мнению В.Н. Мясинцева, уравновешенность человека и адекватность его реакции на внешние воздействия имеют большое значение в плане разграничения нормы и патологии. У человека неуравновешенного, неустойчивого фактически нарушено равновесие, гармоничное взаимодействие между свойствами, лежащими в основе его личностного статуса. Только у психически здорового, т.е. уравновешенного человека, мы наблюдаем проявления относительного постоянства поведения и адекватности его внешним условиям.

И все-таки идея комплексного подхода к оценке психического здоровья человека представляется наиболее перспективной. В литературе можно встретить отдельные попытки охарактеризовать основные проявления здоровой психики с помощью совокупности критериев. Относительно них можно сделать, по крайней мере, два общих вывода. Во-первых, наряду с очевидным разбросом мнений просматривается и определенная повторяемость в выборе ряда критериев психического здоровья. Это можно воспринимать как свидетельство того, что они наиболее точно характеризуют состояние психического здоровья. Во-вторых, трактовать приведенные перечни критериев следует не более чем их некоторые совокупности, ибо в них не заложен какой-

либо классифицирующий признак, который позволил бы придать им возможную внутреннюю организацию. Попробуем перечислить наиболее часто называемые критерии психического здоровья, распределив их в соответствии с видами проявления психического (свойства, состояния, процессы). Среди свойств личности это – оптимизм, сосредоточенность (отсутствие суетливости), уравновешенность, нравственность (честность, совесть и др.), адекватный уровень притязания, чувство долга; уверенность в себе, не обидчивость (умение освободиться от затаенных обид), трудолюбие, независимость, непосредственность (естественность), ответственность, чувство юмора, доброжелательность, терпеливость, самоуважение, самоконтроль.

В сфере психических состояний в их число обычно включают: эмоциональную устойчивость (самообладание); зрелость чувств соответственно возрасту, совладание с негативными эмоциями (страх, гнев, жадность, зависть и др.); свободное, естественное проявление чувств и эмоций; способность радоваться; сохранность привычного (оптимального) самочувствия.

Из психических процессов чаще упоминаются: максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности (адекватность психического отражения); адекватное восприятие самого себя; способность концентрации внимания на предмете; удержание информации в памяти; способность к логической обработке информации; критичность мышления; креативность (способность к творчеству, умение пользоваться интеллектом); знание себя; дисциплина ума (управление мыслями).

Особое значение среди критериев психического здоровья личности придается степени ее интегрированности, гармоничности, консолидированности, уравновешенности, а также таким ее составляющим, как духовность (познание, стремление к истине); приоритет гуманистических ценностей (доброта, справедливость, и др.); ориентация на саморазвитие, самообогащение.

С позиций самоуправления здоровая личность характеризуется ярко выраженной целеустремленностью (обретением смысла жизни), волей, энергичностью, активностью, самоконтролем, адекватной самооценкой.

Социальное здоровье личности находит отражение в следующих характеристиках: адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окружающему миру, адаптация (равновесие) к физической и общественной среде, направленность на общественно полезное дело, культура потребления, альтруизм, эмпатия, ответственность перед другими, бескорыстие, демократизм в поведении.

С другой стороны, можно говорить и о характерных признаках психического нездоровья, неблагополучия. Среди них есть наиболее

типичные, и их тоже можно упорядочить в соответствии с приведенной выше логикой рассуждения.

Подобными свойствами личности являются: зависимость от вредных привычек; уход от ответственности за себя; утрата веры в себя, свои возможности; пассивность («духовное нездоровье»). К психическим состояниям обычно относят чувственную тупость; беспричинную злость; враждебность; ослабление как высших, так и низших инстинктивных чувств; повышенную тревожность. В сфере психических процессов чаще упоминаются: неадекватное восприятие самого себя, своего «Я»; нелогичность; снижение когнитивной активности; хаотичность (неорганизованность) мышления; категоричность (стереотипность) мышления; повышенная внушаемость; некритичность мышления.

В целом такая личность достаточно дезинтегрирована; ей присущи утрата интереса, любви по отношению к близким; пассивная жизненная позиция. В плане самоуправления она отмечается неадекватностью самооценки; ослабленным (вплоть до утраты) или, напротив, неоправданно гипертрофированным самоконтролем; ослаблением воли. Ее социальное неблагополучие проявляется в неадекватном восприятии (отражении) окружающего мира; дезаппетивном поведении; конфликтности; враждебности; эгоцентризме (выливающимся в жестокость и бессердечие); стремлении к власти (как самоцель); вещизме и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов С.В. Безопасность жизнедеятельности и защита окружающей среды (техносферная безопасность). – М.: Издательство Юрайт; ИД Юрайт, 2011. – 680 с.
2. Воробцова Е.С., Мартыненко А.В. Медико-социальная работа в планировании семьи (научный обзор). – М.: Центр исследований и статистики науки, 2009. – 106 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД Медпрактика-М. – 2004. – 492 с.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. – 432 с.
5. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению: учебное пособие под ред. В.З. Кучеренко. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 464 с.
6. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В. Психиатрия и онкология. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. – 832 с.
7. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э., Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.
8. Лисицын Ю.П. От социальной гигиены к социальной медицине // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1994. – № 1. – С. 46–51.
9. Милтон И. Ремер. Значение терминов «социальная медицина» (socialmedicine) и «общественное здоровье» (publichealth) // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1994. – № 2. – С. 37–39.
10. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 528 с.
11. Пак С.Г., Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2008. – 816 с.
12. Решетников А.В. Социология медицины: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 256 с.
13. Руководство по охране репродуктивного здоровья / В.И. Кулаков, В.Н. Серов. – М.: Триада-Х, 2001. – 568 с.
14. Социальная медицина: учебник / под ред. А.В. Мартыненко. – М.: Юрайт, 2013.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Характеристика показателей здоровья	4
Охрана здоровья: понятие, принципы, характеристика	14
Государственная политика в области охраны здоровья граждан ..	19
Организация медико-социальной помощи в учреждениях здраво- охранения	23
Типы учреждений здравоохранения	25
Основные формы социального обслуживания населения	26
Медико-социальные аспекты инвалидности	29
Порядок и условия признания граждан инвалидами	32
Репродуктивное здоровье и планирование семьи	37
Общие представления о психическом здоровье	41
Литература	46

Учебное издание

КУНЦЕВИЧ Елена Александровна

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Методические рекомендации

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Компьютерный дизайн

Л.Р. Жигунова

Подписано в печать2014. Формат 60x84¹/₁₆. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 2,55. Тираж экз. Заказ .

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/255 от 31.03.2014 г.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.