

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

УЧЕБНИК ДЛЯ АКАДЕМИЧЕСКОГО БАКАЛАВРИАТА

Под редакцией **А. В. Мартыненко**

2-е издание, переработанное и дополненное

*Рекомендовано Учебно-методическим отделом высшего образования
в качестве учебника для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по гуманитарным направлениям*

Книга доступна в электронной библиотечной системе
biblio-online.ru

Москва ■ Юрайт ■ 2018

УДК 36(075.8)
ББК 65.272я73
С69

Ответственный редактор:

Мартыненко Александр Владимирович — член-корреспондент РАО, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной медицины и социальной работы Московского государственного медико-стоматологического университета имени А. И. Евдокимова.

Рецензенты:

Дармодехин С. В. — академик РАО, доктор социологических наук, профессор;
Стародубов В. И. — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор.

С69 **Социальная медицина** : учебник для академического бакалавриата / А. В. Мартыненко [и др.] ; под ред. А. В. Мартыненко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 375 с. — (Серия : Бакалавр. Академический курс).

ISBN 978-5-534-06692-0

В учебнике рассматриваются основные вопросы социальной медицины как науки и учебной дисциплины, изучающей социальные факторы, влияющие на общественное здоровье, методы его сохранения и укрепления.

Соответствует актуальным требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

Для студентов и преподавателей.

УДК 36(075.8)
ББК 65.272я73

Рыскиваем правообладателей: <https://www.biblio-online.ru/inform>

Пожалуйста, обратитесь в Отдел договорной работы: +7 (495) 744-00-12; e-mail: expert@urait.ru



Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав. Правовую поддержку издательства обеспечивает юридическая компания «Дельфи».

ISBN 978-5-534-06692-0

© Коллектив авторов, 2014
© Коллектив авторов, 2018, с изменениями
© ООО «Издательство Юрайт», 2018

Оглавление

Авторский коллектив	7
Предисловие	8
Глава 1. Социальная медицина как наука и учебная дисциплина	13
1.1. Основные понятия и категории	13
1.2. История становления и развития социальной медицины	17
1.3. Социальная медицина и социальная работа	22
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>24</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>24</i>
Глава 2. Здоровье как комплексная категория и личностная ценность	25
2.1. Здоровье: понятие, характеристика	25
2.2. Факторы, влияющие на здоровье	30
2.3. Уровни изучения, показатели и критерии оценки здоровья	33
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>42</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>43</i>
Глава 3. Система охраны здоровья граждан	44
3.1. Охрана здоровья: понятие, основные принципы, характеристика	44
3.2. Государственная политика в области охраны здоровья граждан	50
3.3. Правовой механизм охраны здоровья граждан	56
3.4. Системы здравоохранения в Российской Федерации	65
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>67</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>67</i>
Глава 4. Влияние социальных факторов на здоровье человека	68
4.1. Характеристика социальных факторов, влияющих на здоровье	68
4.2. Влияние факторов производственной среды на здоровье работающих	73
4.3. Социальные изменения и здоровье населения	77
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>79</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>79</i>
Глава 5. Наследственность и здоровье	80
5.1. Характеристика наследственных факторов	80
5.2. Заболевания, обусловленные влиянием наследственных факторов	85
5.3. Организация медико-генетического консультирования	93
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>97</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>97</i>

Глава 6. Окружающая среда и здоровье.....	98
6.1. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения как государственная задача	98
6.2. Факторы внешней среды и их влияние на здоровье человека.....	104
6.3. Экстремальные природно-климатические факторы	112
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>115</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>115</i>
Глава 7. Здоровый образ жизни	116
7.1. Влияние образа жизни на здоровье	116
7.2. Основные элементы здорового образа жизни и их характеристика	121
7.3. Гигиеническое обучение и воспитание как основа формирования здорового образа жизни.....	137
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>141</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>142</i>
Глава 8. Социально значимые заболевания	143
8.1. Общая характеристика социально значимых заболеваний	143
8.2. Социально значимые неинфекционные заболевания: понятие, виды, характеристика, заболеваемость населения, смертность, социальные последствия	145
8.3. Социально значимые инфекционные заболевания: понятие, виды, характеристика, заболеваемость населения, смертность, социальные последствия	153
8.4. Государственная политика в области профилактики и лечения социально значимых заболеваний.....	158
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>160</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>160</i>
Глава 9. Организация медико-социальной помощи	162
9.1. Медико-социальная помощь: понятие, характеристика, правовые основы	162
9.2. Организация медико-социальной помощи в учреждениях здравоохранения	164
9.3. Организация медико-социальной помощи в учреждениях социального обслуживания	175
9.4. Лекарственное обеспечение населения	179
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>183</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>183</i>
Глава 10. Социально-медицинские услуги.....	184
10.1. Виды социальных услуг: национальные стандарты	184
10.2. Содержание социально-медицинских услуг, гарантированных государством.....	187
10.3. Порядок и условия оказания социально-медицинских услуг	197
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>200</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>200</i>
Глава 11. Медицинское страхование как форма социальной защиты граждан в охране здоровья	201
11.1. Социальное страхование: понятие, виды, характеристика	201

11.2. Обязательное медицинское страхование	204
11.3. Программы обязательного медицинского страхования	210
11.4. Защита прав застрахованных по обязательному медицинскому страхованию	214
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>216</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>217</i>
Глава 12. Репродуктивное здоровье и планирование семьи	218
12.1. Государственная политика в сфере охраны репродуктивного здоровья	218
12.2. Характеристика планирования семьи	223
12.3. Медико-социальные аспекты регулирования рождаемости	228
12.4. Организация медико-социальной помощи населению по вопросам репродуктивного здоровья и планирования семьи	238
12.5. Правовое регулирование охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи	242
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>248</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>248</i>
Глава 13. Охрана материнства и детства	249
13.1. Система охраны материнства и детства	249
13.2. Организация охраны здоровья женщин	253
13.3. Организация охраны здоровья детей	263
13.4. Правовое регулирование охраны материнства и детства	271
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>276</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>276</i>
Глава 14. Психическое здоровье населения	278
14.1. Общие представления о психическом здоровье	278
14.2. Общие представления о диагностике психических расстройств	294
14.3. Организация психиатрической помощи	297
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>306</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>307</i>
Глава 15. Психоактивные вещества и психическое здоровье	308
15.1. Общие критерии психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ	308
15.2. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя	311
15.3. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических и токсических веществ	319
15.4. Организация наркологической помощи	331
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	<i>333</i>
<i>Темы для докладов и рефератов</i>	<i>333</i>
Глава 16. Медико-социальные аспекты инвалидности	334
16.1. Инвалидность как медико-социальная проблема	334
16.2. Международное и российское законодательство в области обеспечения прав инвалидов	339
16.3. Медико-социальная экспертиза	343

16.4. Медико-социальная реабилитация.....	349
Вопросы и задания для самоконтроля	356
Темы для докладов и рефератов	356
Заключение.....	357
Нормативные правовые акты	358
Литература	360
Глоссарий	361

Авторский коллектив

Блинков Юрий Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, Курский государственный медицинский университет (гл. 4, 9);

Бурцев Сергей Петрович, кандидат медицинских наук, доцент, Московский гуманитарный университет (гл. 5, 6, 8);

Воробцова Елена Сайдзяновна, кандидат медицинских наук, доцент, Московский городской университет управления правительства г. Москвы (гл. 2, 9, 12, 13);

Довженко Татьяна Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (гл. 14, 15);

Лукьянова Инна Евгеньевна, доктор медицинских наук, доцент, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова (гл. 10, 16);

Ляхович Александр Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, Научно-исследовательский институт общественного здоровья и управления здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова (гл. 7);

Мартыненко Александр Владимирович, член-корреспондент Российской академии образования, доктор медицинских наук, профессор, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова (предисловие, гл. 1—3, 8, заключение);

Решетников Андрей Вениаминович, академик Российской академии медицинских наук, доктор медицинских наук, доктор социологических наук, профессор, Научно-исследовательский институт социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова (гл. 11);

Сигида Евгений Антонович, доктор медицинских наук, профессор, Российский государственный университет туризма и сервиса (гл. 10, 16).

Предисловие

Для решения профессиональных задач выпускнику, освоившему программу бакалавриата по направлению подготовки «Социальная работа», необходимо овладеть определенными знаниями в области социальной медицины.

Авторы данного учебника стремились представить социальную медицину в развитии, с учетом особенностей ее предмета, структуры, задач, места, которое она занимает в современной медицине, а также показать значение социальной медицины в формировании профессиональной социальной работы в нашей стране.

Цель изучения дисциплины: получение студентами знаний в области общественного здоровья, формирование системных представлений о направлениях сохранения и укрепления физического, психического и социального здоровья граждан.

Задачи дисциплины:

- изучить влияние социальных факторов на здоровье граждан;
- научить студентов комплексному подходу в решении проблем сохранения здоровья и предупреждения развития заболеваний;
- дать представления о роли профессиональных социальных работников в восстановлении, сохранении и укреплении здоровья граждан.

Учебник содержит 16 глав.

В первой главе дается характеристика социальной медицины как науки и учебной дисциплины, имеющей собственные объект, предмет и методы исследования.

Излагается история становления и развития социальной медицины в России и за рубежом, представлена взаимосвязь социальной медицины и социальной работы, которая является важным компонентом социальной медицины, имеющим выраженный прикладной характер.

Во второй главе характеризуется понятие «здоровье» как комплексная категория и личностная ценность. В рамках системного подхода в решении проблем здоровья граждан рассматриваются междисциплинарные аспекты здоровья: общенаучный, медико-биологический, социально-гигиенический, психологический, педагогический, экономический, правовой.

Дается анализ опасных для здоровья факторов поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной сред, повышающих вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода,

описываются уровни, на которых в настоящее время принято изучать здоровье.

Третья глава представляет современную систему охраны здоровья граждан в нашей стране в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Охрана здоровья граждан рассматривается как система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического характера, осуществляемых органами государственной власти всех уровней, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

В главе дается характеристика основных направлений государственной политики в области охраны здоровья граждан, которые нашли отражение в концептуальных документах Правительства Российской Федерации.

Кратко излагается основная законодательная база, формирующая современный механизм охраны здоровья граждан.

В четвертой главе представлена характеристика социальных факторов, влияющих на здоровье. Среди социальных факторов характеризуются социально-экономические, правовые, социально-медицинские, социально-биологические, социокультурные, экологические и личностные. Анализируется влияние как факторов производственной среды, так и социальных изменений на здоровье населения.

Специалистами подтверждено, что здоровье человека на 20% зависит от наследственности. В пятой главе рассматриваются вопросы генетической обусловленности здоровья. Дается характеристика наследственных факторов, описываются основные заболевания, причиной которых они являются.

Раскрывается медико-генетическое консультирование как вид медико-социальной помощи в профилактике наследственных болезней и в решении медицинских и социальных проблем больных, страдающих этой патологией.

Шестая глава посвящена изучению факторов окружающей среды, позитивно и негативно влияющих на здоровье человека и общества, а также получению сведений о нарушениях здоровья, вызываемых неблагоприятными факторами, об их предупреждении и устранении.

Производственная среда и внешняя среда тесно взаимосвязаны, они влияют друг на друга и в результате этого существенно видоизменяются. Эти изменения могут иметь как положительное, так, и весьма часто, отрицательное влияние на здоровье и жизнедеятельность человека и общества в целом. Многие примеры указывают на необходимость тщательно изучать влияние факторов внешней среды на здоровье

людей для устранения или смягчения их негативного эффекта, а также на достижение разумного антропогенного воздействия на окружающую человека природу.

Вопросам влияния образа жизни на здоровье, характеристике основных аспектов здорового образа жизни посвящена седьмая глава.

Здесь делается акцент на формировании поведения и психоэмоциональной готовности, адекватных здоровому образу жизни, а также показана позитивная роль отдельных элементов здорового образа жизни, формирующих здоровье. Гигиеническое обучение и воспитание представлены как основа формирования здорового образа жизни. Отмечается роль социальных работников в решении этой задачи.

В восьмой главе раскрываются вопросы, связанные с социально значимыми заболеваниями, которые выделены в отдельную группу болезней, потому что их возникновение, протекание, исходы и последствия в равной степени зависят от биологических и социальных факторов.

Решение широкого круга медико-социальных проблем, формирующихся не только у самих больных или в их семьях, но и в обществе в целом, требует комплексного подхода, должно осуществляться специалистами разных профессий, в том числе и социальными работниками.

Здесь представлены сведения о медицинских и социальных аспектах основных неинфекционных и инфекционных заболеваний.

В девятой главе подробно представлены современная система организации и направления деятельности по оказанию населению различных видов медико-социальной помощи в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания. Знание этих вопросов социальными работниками имеет особое значение для повседневной практической деятельности при оказании помощи клиентам, имеющим проблемы со здоровьем, во взаимодействии с медицинскими работниками. Наряду с этим отмечается роль социальных работников в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения различного типа.

Описывается система лекарственного обеспечения граждан, что имеет большую социальную значимость, и особенно для социально уязвимых групп населения.

В десятой главе рассматриваются виды социальных услуг, предусмотренные национальным стандартом. Выделяются социально-экономические, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-бытовые, социально-правовые, срочные социальные услуги, консультирование и социальный патронаж.

Социальная услуга определяется как действия социальной службы, заключающиеся в оказании социальной помощи клиенту для преодоления им трудной жизненной ситуации.

Дается содержание социально-медицинских услуг, гарантированных государством.

Одиннадцатая глава позволяет изучить медицинское страхование. Это форма социальной защиты граждан в охране здоровья. Излагаются

теоретические основы социального страхования как особого института социальной защиты населения. Раскрываются сущность, содержание, функции, принципы, основные категории и понятия. Описаны изменения в законодательстве, регулирующем систему обязательного медицинского страхования.

Отражено содержание базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования, перечислены права застрахованных по обязательному медицинскому страхованию граждан.

В двенадцатой главе рассматриваются вопросы репродуктивного здоровья населения и планирования семьи, дается характеристика состояния репродуктивного здоровья населения, излагается организация медико-социальной помощи и анализируется правовое регулирование охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи.

Вопросы охраны материнства и детства представлены в тринадцатой главе учебника. Здоровье матери и ребенка являются важнейшими показателями социального благополучия.

В главе описаны современная система охраны материнства и детства в Российской Федерации, организация охраны здоровья женщин и детей, вопросы правового регулирования в данной сфере.

В четырнадцатой главе даны общие представления о психическом здоровье, о диагностике психических нарушений, знание которых необходимо в деятельности социальных работников, а также о вопросах организации психиатрической помощи.

Далее, в пятнадцатой главе, описаны психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ — алкоголя, наркотиков и токсических веществ.

Изложены вопросы организации наркологической помощи.

В шестнадцатой, заключительной, главе учебника рассматриваются медико-социальные аспекты инвалидности.

В медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов значительную роль выполняют профессиональные социальные работники.

Описываются основные задачи государственной службы и учреждений медико-социальной экспертизы, условия и порядок признания граждан инвалидами.

Медико-социальная реабилитация представлена как основа социальной интеграции индивидуума в преодолении ограничений жизнедеятельности.

По итогам освоения курса «Социальная медицина» студент должен:

знать

- основы современных медицинских знаний;
- основы современной теории физического, психического и социального здоровья;
- технологии и области применения социальной медицины;
- технологии обеспечения физического, психического и социального здоровья;
- медицинские основы социальной работы;

уметь

- выявлять различные медико-социальные проблемы, возникающие у клиентов;
- использовать объективные оценки медико-социальных и социально-экологических последствий принимаемых решений;
- соотносить медико-социальные технологии с концепциями и теориями комплексно ориентированной социальной работы;
- основывать выбор технологий в соответствии с эффективной моделью теории и практики социальной работы, в том числе медико-социальной помощи;
- осуществлять медико-социальные исследования;

владеть

- понятийным аппаратом социальной медицины;
- методами медико-социального анализа социальных явлений и процессов;
- навыками исследования медико-социальных проблем в современном обществе;
- медико-социальными основами организации социальной работы;
- современными технологиями организации медико-социальной помощи населению.

Глава 1

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА КАК НАУКА И УЧЕБНАЯ ДИСЦИПЛИНА

В результате изучения главы студент должен:

знать

- понятийный аппарат социальной медицины;
- этапы становления и развития социальной медицины;
- междисциплинарные особенности социальной медицины;
- роль социальной медицины в подготовке профессиональных социальных работников;

уметь

- выявлять взаимосвязь и взаимовлияние социальной и клинической медицины;
- соотносить общность и различие понятий «социальная медицина» и «социальная работа»;

владеть

- основными понятиями и категориями социальной медицины.
-

1.1. Основные понятия и категории

Определение понятия, изучение его структуры и содержания имеет не только теоретическое, но и практическое значение. В зависимости от точности определения конкретного понятия в значительной мере зависят направления научных исследований, осмысление направлений практической деятельности, выявление связей между науками. Понятие является формой мышления и формой выражения научных знаний, в которой фиксируются наиболее существенные свойства предметов и явлений, их важнейшие связи и отношения.

Это в полной мере относится и к социальной медицине как науке и учебной дисциплине, занимающей одно из базовых значений в подготовке профессиональных социальных работников вне зависимости от их профиля.

В целом медицина как область знаний о здоровье и болезнях человека имеет интегральный характер. В разные периоды развития науки одни считали, что медицина должна изучать здорового человека, другие — ее объектом должен быть больной человек. В настоящее время

общепринято, что предметом изучения медицины является здоровый и больной человек.

По мнению О. П. Щепина, Г. И. Царегородцева и В. Г. Ерохина, область интересов медицины — человекознание. Касаясь содержания предмета медицины, они отмечают, что современная медицина представляет собой комплекс наук и направлений практической деятельности. В круг интересов медицины входят:

- состояние соматического (телесного) и психоэмоционального благополучия человека, т.е. его здоровье — физиология человека и медицинская психология;

- нарушение состояния здоровья, т.е. болезнь — общая и частная патология;

- распознавание различных состояний жизнедеятельности человека — диагностика;

- лечение болезней — клинические дисциплины;

- предупреждение болезней — профилактика в узком смысле слова и различные отрасли гигиены;

- социальная гигиена или профилактика в широком смысле слова.

Клиническая медицина рассматривает преимущественно причины, механизмы развития заболеваний, их проявления, а также способы диагностики, лечения и профилактики. При этом объектом изучения клинической медицины является индивидуальное здоровье, т.е. здоровье конкретного человека.

Индивидуальное здоровье оценивается субъективным самочувствием, физическим состоянием, трудоспособностью, наличием или отсутствием заболеваний, личным ощущением социума отдельным человеком и др.

Необходимо отметить, что в задачи социальных работников не входит овладение компетенциями, связанными с лечебно-диагностическими функциями. В этой связи в учебнике будут рассмотрены лишь общие характеристики социально значимых заболеваний и заболеваний, обусловленных влиянием наследственных факторов.

Социальная медицина как наука имеет собственный объект, предмет и методы исследования. Объектом изучения социальной медицины является общественное здоровье, т.е. здоровье общества, населения страны, континента, мира, популяции в целом, которое рассматривается как важнейший экономический потенциал и медико-социальный ресурс страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни, гармоническое развитие личности и общества.

Общественное здоровье нельзя представлять как суммарную совокупность показателей здоровья отдельных людей. Наиболее подходящими критериями определения общественного здоровья являются понятия «образ жизни», «здоровый образ жизни». Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения (далее — ВОЗ) Х. Маллер

связывал общественное здоровье — по его образному выражению «здоровье для всех» — с возможностью людей реализовать продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни.

Следует различать понятия «общественное здоровье» и «общественное здравоохранение». Общественное здравоохранение определяется как система научных и практических мер, а также структур их обеспечения медицинского и немедицинского характера, направленных на укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности посредством объединения усилий общества.

Предметом изучения социальной медицины являются факторы и условия социальной среды, влияющие на здоровье человека.

Общественное здоровье характеризуется комплексным воздействием социальных, генетических, поведенческих, биологических, геофизических и других факторов, многие из которых могут быть определены как факторы риска заболеваний.

Таким образом, **социальная медицина** — это наука об общественном здоровье, методах его сохранения и укрепления, совершенствовании медико-социальной помощи населению.

При изучении общественного здоровья факторы, его определяющие, обычно объединяют в несколько групп. В. А. Миняев и Н. И. Вишняков выделяют социально-экономические, социально-биологические, экологические и природно-климатические, организационные или медицинские группы факторов. Подробнее этот вопрос излагается во второй главе учебника.

Специалистами приводятся и другие группировки и классификации факторов риска заболеваний, что является весьма условным, так как население подвергается комплексному воздействию многих факторов, кроме того, они взаимодействуют между собой, и это необходимо учитывать социальным работникам при проведении соответствующей социальной диагностики.

Следует отметить, что процесс уточнения специфики данной дисциплины продолжается и на современном этапе развития наук. Однако чаще представители социальной медицины ограничиваются изучением поведенческих и организационных вопросов, среди которых Ю. П. Лисицын называет место здорового и больного в макро- и микро-социальном окружении, положение самой медицины и медицинских профессий в обществе, в политических, социальных структурах, комплекс социально-психологических, поведенческих проблем, включая образ жизни, здоровый образ жизни, социальные аспекты этиологии, патогенеза, распространенность заболеваний, организацию лечения, профилактики, реабилитации, межсекторальное сотрудничество медицинских служб, проблемы стратегии, политики и тактики здравоохранения, эволюцию систем и форм здравоохранения и др.

Целью социальной медицины является изучение как благоприятного, так и неблагоприятного влияния социальных факторов на здоро-

вье человека, что позволяет разрабатывать научно обоснованные предложения по их устранению, уменьшению влияния и предупреждению в интересах сохранения и повышения уровня общественного здоровья.

Влияние социальных факторов, а также факторов окружающей среды на здоровье человека подробно анализируется в отдельных главах учебника.

Как любая наука, социальная медицина имеет свои специфические методы исследования: исторический, статистический, социологический, психологический, методы экспертных оценок и организационного эксперимента. Насколько они являются специфическими, т.е. используемыми только в данной науке, вопрос дискуссионный. Вместе с тем не вызывает сомнения тот факт, что перечисленные методы можно назвать социально-гигиеническими.

Рассмотрение истории становления и развития социальной гигиены, общественного здоровья и здравоохранения, социальной медицины поможет понять социально-гигиенические корни нашей дисциплины.

По определению Н. А. Семашко, предметом исследования общей гигиены должно стать изучение влияния факторов внешней среды на здоровье конкретного человека, а социальная гигиена призвана изучать социальные факторы, оказывающие воздействие на здоровье коллектива в целом, что в свою очередь позволит разрабатывать широкие социальные мероприятия по устранению или ослаблению вредного влияния этих факторов.

Ю. П. Лисицын отмечает, что социальная медицина представляет собой междисциплинарную науку, стремящуюся к познанию социальных явлений и процессов в медицине, являющейся сложной системой, динамической, социально-экономической и политической структурой общества. Цель социальной медицины, по мнению Ю. П. Лисицына, состоит в выявлении и исследовании закономерностей развития медицины как социального организма и разработке на этой основе научных рекомендаций по наиболее эффективным способам и средствам преодоления болезней людей, повышения уровня и качества общественного здоровья.

Милтон И. Ремер определяет социальную медицину как расширенное понимание клинической медицины, полностью учитывающей социальные, психологические факторы, а также факторы окружающей среды, влияющие на отдельных пациентов.

При изучении данного вопроса целесообразно обратиться к «Глоссарию терминов по медико-социальной помощи» Европейского регионального бюро ВОЗ. В нем зафиксировано, что «в качестве всеобъемлющего термина социальная медицина используется для обозначения:

- 1) научных исследований социальных факторов, влияющих на здоровье или заболеваемость; такие исследования проводятся с помощью обследований, изучения случаев заболевания и стратегических исследований;

2) существующих взаимосвязей между медициной и обществом (медицинская социология), включая коллективную ответственность медицины перед обществом за консультирование по социальным проблемам, которые могут воздействовать на здоровье;

3) социальной психологии и социальной психиатрии;

4) учреждений социальной терапии, т.е. служб социального страхования и социальных аспектов общественного здравоохранения, медицинской помощи и благосостояния».

Развитие теории и практики отечественного здравоохранения, медицинских и смежных наук, равно как и зарубежных стран, вносят свои коррективы и уточнения в такое широкое определение.

Вместе с тем нам представляется такое определение международных экспертов весьма важным в понимании структуры и смыслового содержания социальной медицины как науки. Оно имеет не только теоретическое, но и практическое значение. Подробнее данный вопрос будет рассмотрен далее.

Таким образом, социальная медицина имеет свой объект, предмет и методы исследования, что отвечает современным требованиям определения ее как самостоятельной науки, а также учебной дисциплины.

В отличие от большинства медицинских клинических дисциплин, имеющих дело с отдельным человеком и его здоровьем, социальная медицина изучает здоровье и его охрану сообществ, групп людей, населения в целом, изучает общественные проблемы и процессы в связи с решением задач охраны и укрепления здоровья населения.

1.2. История становления и развития социальной медицины

Социальная медицина имеет глубокие исторические корни. В разные периоды истории как отечественные, так и зарубежные авторы давали разное ее толкование. Это происходило в том числе в связи с идентификацией решаемых проблем, профессиональной принадлежностью авторов и другими обстоятельствами. При этом имели значение особенности истории и национальные традиции.

Данную науку в англоязычных странах чаще называют «общественным здоровьем» или «общественным здравоохранением», франкоязычных — «социальной медициной», в США ранее, чем в других странах, ее стали обозначать как «медицинская социология».

На протяжении последних ста лет название данного раздела медицины, отражавшего социально-политические, экономические и медико-организационные проблемы общества, неоднократно менялось. Это наглядно демонстрирует переименование соответствующих кафедр в медицинских образовательных учреждениях России на протяжении всего периода их существования, которые являлись основным звеном не только образования, но и научных исследований в данном разделе медицины.

В настоящее время на смену таких ее названий, как «социальная гигиена», «социальная гигиена и организация здравоохранения», «социальная медицина и организация здравоохранения» пришло обозначение «общественное здоровье и здравоохранение».

История становления социальной медицины как одного из направлений медицины насчитывает не одно столетие. В течение многих веков медицина концентрировалась на отдельном больном и на том, каким образом врачеватель мог помочь ему восстановить здоровье или достигнуть гармонии с окружающей средой.

Взаимосвязь между здоровьем человека и окружающей средой признавалась уже в Древней Греции. Еще Гиппократ написал книгу «О воздухе, воде и местности».

В XVIII в. немецкий деятель по общественному здравоохранению Иоганн Питер Фрэнк опубликовал 6-томный труд об основных направлениях политики в области здравоохранения, в котором рассматривались многие аспекты жизни человека в обществе.

В 40-х гг. XIX в. немецкий патолог Рудольф Вирхов провозгласил медицину социальной наукой, он утверждал, что медицина должна способствовать основной социальной реформе.

Бурное развитие социальная медицина (в сегодняшней терминологии) получила во второй половине XIX в. В этот период специалисты проявляли интерес к изучению социальных условий и факторов по отношению к здоровью человека. Были созданы предпосылки для возникновения общественной, социальной составляющей гигиены как науки. При этом необходимо подчеркнуть, что собственно гигиена и ее отрасли занимаются изучением определенных объектов внешней окружающей среды, влиянием атмосферного воздуха, воды, почвы, производственных условий, условий воспитания и обучения и др.

Именно в России в этот период под влиянием общественного движения, земской и фабрично-заводской реформ впервые формировались основы общественной гигиены как науки и учебной дисциплины об общественном здоровье и управлении им, которая в начале XX в. была конституирована как социальная гигиена. В отечественной литературе термин «социальная гигиена» был применен русским социал-гигиенистом В. О. Португаловым в работе «Вопросы общественной гигиены» (1873).

В это время социал-демократические и другие партии и движения выявляли и показывали тяжелые условия жизни рабочих, подрывающие здоровье и укорачивающие их жизнь. Данные земской и фабрично-заводской статистики, изучение исследователями того времени условий труда и быта представляли множество доказательств неблагоприятного влияния на здоровье трудящихся условий труда, быта, образа жизни.

Это явилось основанием для включения в программы партий и политических движений того исторического периода определенных мер государства в борьбе за здоровье населения путем обеспечения доступного и бесплатного медицинского обслуживания, искоренения так называе-

мых «социальных болезней» и других действий, направленных на улучшение здоровья населения, в первую очередь рабочих и крестьян.

Появилось движение «общественной медицины» (общество «социальных врачей»).

В этот период в отдельных высших учебных заведениях создавались курсы, учебные программы, лаборатории по обучению студентов основам общественной гигиены и превентивной (профилактической) медицины. Так, например, в 60-х гг. XIX в. в Казанском университете профессор А. В. Петров читал студентам лекции по общественному здоровью. В последующем подобные курсы были введены на медицинских факультетах университетов Петербурга, Киева, Харькова. А начало истории нашей науки и учебной дисциплины приходится на первые десятилетия XX в.

Немецкий врач Альфред Гротьян в 1898 г. опубликовал учебник по социальной патологии. В 1902 г. он читал лекции на тему «Социальная медицина», в 1903 г. стал издавать журнал по социальной гигиене. В 1920 г. им создана первая кафедра социальной гигиены в Берлинском университете. В дальнейшем подобные кафедры стали создаваться в высших учебных заведениях других стран Европы.

Социальная гигиена в нашей стране начала свое развитие с создания в 1918 г. Музея социальной гигиены Народного комиссариата здравоохранения РСФСР (директор — профессор А. В. Мольков), который в 1920 г. переименовывается в Государственный институт социальной гигиены Народного комиссариата здравоохранения РСФСР, ставший ведущим научно-организационным учреждением страны.

В 1922 г. при Первом Московском университете нарком здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко организовал первую кафедру социальной гигиены с клиникой профессиональных болезней, а в следующем, 1923 г., заместитель наркома здравоохранения З. П. Соловьев создал кафедру социальной гигиены при Втором Московском университете.

В дальнейшем аналогичные кафедры начали открываться и в других вузах. Возглавили их известные ученые и организаторы здравоохранения тех лет: З. Г. Френкель (Ленинград), Т. Я. Ткачев (Воронеж), А. М. Дыхно (Смоленск), С. С. Каган (Киев), М. Г. Гуревич (Харьков), М. И. Барсуков (Минск) и др. К 1929 г. кафедры социальной гигиены были созданы во всех медицинских вузах страны.

Тридцатые годы XX в. принято считать периодом чрезмерного увлечения теоретическими проблемами, а практическим вопросам здравоохранения внимания уделялось мало.

В 1941 г. кафедры социальной гигиены были переименованы в кафедры организации здравоохранения. В это время сворачивает свою работу Государственный институт социальной гигиены, который только после Великой Отечественной войны в 1946 г. воссоздан как Институт организации здравоохранения.

В 1950-е гг. в научном сообществе разворачивается дискуссия о социально-гигиенических проблемах. В дальнейшем (1966) кафедры

и головной институт получают название социальной гигиены и организации здравоохранения, т.е. произошло объединение двух предыдущих названий. Этот процесс способствовал расширению спектра социально-гигиенических исследований.

Развитие социальной гигиены в советское время было напрямую связано с задачей кардинального изменения системы здравоохранения. Поднять уровень и улучшить качество общественного здоровья — вот основная цель, к которой все годы существования советского государства шла социальная гигиена, несмотря на серьезные трудности, преграды, а порой и драматические события.

Высокая оценка построения системы советского здравоохранения, в создание которого бесспорный вклад внесли представители социальной гигиены, была дана Международной конференцией ВОЗ в Алма-Ате в 1978 г.

Большой вклад в развитие социальной гигиены и организации здравоохранения во второй половине XX в. внесли З. Г. Френкель, Б. Я. Смулевич, С. В. Курашов, Н. А. Виноградов, А. Ф. Серенко, С. Я. Фрейдлин, Ю. А. Добровольский, Ю. П. Лисицын, О. П. Щепин и др.

На рубеже XX и XXI столетий в связи с перестроечными процессами, а затем и коренными социально-экономическими и политическими переменами, включая сферу здравоохранения, перед социальной гигиеной и организацией здравоохранения в Российской Федерации встали новые задачи, касающиеся в первую очередь перехода системы здравоохранения на страховые основы в условиях создания рыночной экономики.

В эти годы усугубились проблемы, связанные с ухудшением состояния здоровья населения, так как значительно снизилось качество жизни людей. Свидетельством этому стали, в частности, возросшие показатели заболеваемости, смертности и инвалидности от так называемых социально значимых заболеваний, уменьшение средней продолжительности жизни населения.

Данные вопросы потребовали от социальной гигиены и организации здравоохранения разработки и научного обоснования комплекса мероприятий по модернизации системы охраны здоровья населения, включающего как стратегические, так и тактические задачи.

В 1991 г. Всесоюзное совещание по вопросам преподавания учебной дисциплины «Социальная гигиена и организация здравоохранения» рекомендовало переименовать дисциплину в «Социальную медицину и организацию здравоохранения».

Формированием новых экономических отношений, необходимостью реформы здравоохранения в 1990-е гг. была обусловлена организация в медицинских вузах также кафедр страховой медицины, экономики и управления здравоохранением, а головной институт получил название Научно-исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко (директор — академик Российской академии медицинских наук О. П. Щепин).

Не касаясь политических событий, необходимо отметить, что 1991 г. стал началом нового этапа в развитии социальной медицины. Это обусловлено тем, что в нашей стране социальная работа была конституирована как новый вид профессиональной деятельности.

С этого времени начался активный процесс создания факультетов социальной работы во многих вузах страны различного профиля. В этой связи потребовалась в первую очередь разработка программно-методического обеспечения медицинских основ социальной работы. Такая работа проводилась в медицинских вузах, которые первыми открыли факультеты социальной работы в Архангельске, Казани, Курске и других городах. В государственный образовательный стандарт по направлению подготовки «Социальная работа» (стандарт второго поколения) в 2000 г. была включена учебная дисциплина «Основы социальной медицины».

Значительный вклад в подготовку программно-методического обеспечения изучения дисциплины, а также разработку научных и организационно-методических основ медико-социальной работы выполнила первая кафедра социальной медицины в системе образования в области социальной работы, основанная в 1992 г. в Институте молодежи (в настоящее время — Московский гуманитарный университет). Организатором и первым заведующим кафедрой стал А. В. Мартыненко (1992—2012).

В отношении системы медицинского образования необходимо отметить, что в 2000 г. кафедры социальной медицины и организации здравоохранения (а также с другими названиями) переименованы в кафедры общественного здоровья и здравоохранения, а головной институт — Научно-исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко — в 2003 г. переименован в Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья Российской академии медицинских наук (далее — РАМН).

Таким образом, в системе медицинского образования учебная дисциплина получила название «Общественное здоровье и здравоохранение», а в системе социального образования — «Основы социальной медицины». Дисциплины изучаются по отдельным самостоятельным программам с учетом целей и задач подготовки кадров по соответствующим направлениям.

Особенностью настоящего этапа развития социальной медицины в Российской Федерации является исследование, наряду с общепринятыми направлениями, новых проблем — проблем становления медико-социальной работы как компонента социальной медицины прикладного характера, разработки современных технологий социальной работы в различных областях охраны здоровья населения, взаимодействия социальных работников со специалистами смежных профессий при оказании медико-социальной помощи населению.

1.3. Социальная медицина и социальная работа

Всемирная организация здравоохранения определяет социальную работу как деятельность, родственную врачеванию.

Ранее отмечалось, что в определении «социальная медицина», представленном в «Глоссарии терминов по медико-социальной помощи» Европейского регионального бюро ВОЗ, нашла отражение деятельность учреждений социальной терапии — служб социального страхования и социальных аспектов общественного здравоохранения, медицинской помощи и благосостояния.

Двадцатилетний опыт становления профессиональной социальной работы в России позволяет констатировать, что данное положение указанного определения социальной медицины нашло свое практическое выражение в деятельности социальных работников, направленной на восстановление, сохранение и укрепление здоровья населения.

Следовательно, социальная работа представляется как важный компонент социальной медицины, имеющий выраженный прикладной характер.

Действительно, многие клиенты социального работника нуждаются в решении проблем, связанных с нарушением здоровья: физического, психического, социального.

Это происходит в процессе деятельности профессионального социального работника, участвующего в оказании медико-социальной помощи населению.

Актуальные вопросы технологий социальной работы рассматриваются в рамках соответствующих профилей подготовки бакалавров социальной работы.

Знание данной учебной дисциплины даст возможность владеть медико-социальными основами организации социальной работы, современными технологиями организации медико-социальной помощи, медико-социальными методами и технологиями.

Таковы требования федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки «социальная работа» (квалификация/степень «бакалавр»), являющегося концептуальным документом, который предоставляет социальным работникам широкие возможности для практической деятельности при оказании медико-социальной помощи населению.

Медико-социальная помощь — значительный раздел в профессиональной деятельности социальных работников. Исследования медико-социальных проблем различных групп клиентов свидетельствуют о том, что обширной частью социальной работы являются контингенты, традиционно наблюдающиеся в сфере здравоохранения. По нашим данным, медико-социальные проблемы выявляются не менее чем у 40% пациентов с хроническими заболеваниями психиатрического, наркологического и онкологического профиля.

В современных социально-экономических условиях возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера на уровне комплексно ориентированной социальной работы, в том числе при оказании медико-социальной помощи.

В образовательном стандарте системно изложены составляющие, являющиеся базисом в подготовке бакалавров социальной работы, способных эффективно участвовать в организации и оказании медико-социальной помощи населению.

Это комплексный вид помощи, который включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Социальные работники, имеющие профильную подготовку по участию в оказании медико-социальной помощи населению, участвуют в профилактической и реабилитационной помощи, а также в осуществлении мер социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, т.е. фактически занимаются медико-социальной работой как специализированной частью профессиональной социальной работы.

Медико-социальная работа рассматривается как мультидисциплинарная профессиональная деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленная на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

Цель данной работы — достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

Медико-социальная работа в Российской Федерации оформляется в самостоятельное направление профессиональной деятельности в конце 1990-х гг. в контексте социально-экономических преобразований. Это происходит на основе интеграции тех знаний, которые выработало несколько поколений отечественных ученых.

Становлению рассматриваемой работы как специализированного направления социальной работы в области охраны здоровья способствовало законодательное закрепление участия социальных работников в оказании медико-социальной помощи населению в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее — Основы законодательства).

Не умаляя значения зарубежного опыта теории и практики профессиональной социальной работы, сложившейся в последние десятилетия, необходимо отметить глубокие исторические корни благотворительности и милосердия в России, которые можно рассматривать как этапы становления социальной помощи и основу отечественной медико-социальной работы.

Экономические, социальные и культурно-исторические особенности России обуславливают необходимость развития отечественной теории медико-социальной работы как научной основы эффективной практической деятельности мультидисциплинарного характера при оказании медико-социальной помощи населению.

В заключение необходимо подчеркнуть, что знание социальными работниками основ социальной медицины имеет важное практическое значение в их профессиональной деятельности при оказании помощи клиентам, оказавшимся в сложной жизненной ситуации в связи с нарушениями физического, психического и социального здоровья.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Что изучает современная медицина в целом и социальная медицина в частности? В чем различие клинической медицины и социальной медицины?
2. Охарактеризуйте объект и предмет социальной медицины.
3. Что включают в понятие «социальная медицина» эксперты ВОЗ?
4. Как вы понимаете соотношение терминов «социальная гигиена» — «социальная гигиена и организация здравоохранения» — «общественное здоровье и здравоохранение» — «социальная медицина»?
5. Дайте краткую характеристику этапов становления и развития социальной медицины в нашей стране.
6. Что в вашем понимании означает определение ВОЗ социальной работы как деятельности, родственной врачеванию?

Темы для докладов и рефератов

1. Зарождение в России основ общественной гигиены.
2. История возникновения и развития социальной медицины в Европе.
3. Представители социальной гигиены в построении системы здравоохранения в советский период.
4. Роль Н. А. Семашко в развитии социальной гигиены как науки и учебной дисциплины.
5. Потенциал общественного здоровья.
6. Социальная медицина и социальная работа: общность и различие понятий.
7. Социальная медицина как наука на этапе становления в России профессиональной социальной работы.
8. Значение социальной медицины как учебной дисциплины в подготовке профессиональных социальных работников.

Глава 2

ЗДОРОВЬЕ КАК КОМПЛЕКСНАЯ КАТЕГОРИЯ И ЛИЧНОСТНАЯ ЦЕННОСТЬ

В результате изучения главы студент должен:

знать

- сущностную характеристику здоровья;
- критерии оценки индивидуального здоровья и показатели общественного здоровья;
- факторы риска заболеваний;
- основы современной теории здоровья;
- международную классификацию болезней и структуру заболеваемости населения;

уметь

- рассчитывать медико-демографические показатели, показатели заболеваемости и инвалидности;

- оценивать состояние, закономерности и динамику общественного здоровья;

владеть

- системным подходом в решении проблем здоровья;
 - навыками исследования медико-социальных проблем в современном обществе.
-

2.1. Здоровье: понятие, характеристика

Человек и его здоровье — высшие ценности любого общества, а проблема сохранения и укрепления здоровья человека представляется глобальной на планете.

Вопросы здоровья актуальны во все периоды индивидуального развития человека от момента рождения до смерти, в расцвете сил и при болезни.

В личностном плане здоровье — это не отсутствие болезни, а, скорее, отрицание ее, не только состояние организма, а, по образному выражению А. Я. Иванюшкина, «стратегия жизни человека».

По мере накопления знаний о природе человека, закономерностях его развития и функционирования складывались представления и о здоровье последнего.

Философы, натуралисты Древнего мира (Китая, Греции, Индии, Рима) считали человека подобием природы, мира, космоса. К этому времени

относятся так называемые космогонические теории о здоровье как гармонии, «балансе» космических элементов организма и болезни — проявлении такой дисгармонии.

В античном мире по мере анализа наблюдений за жизнью людей появляются представления о влиянии на здоровье не только природных, но и социальных и поведенческих факторов — материальных условий и образа жизни, отношения человека к своему здоровью и т.д. Так, древние медики Гиппократ, Абу Али ибн Сина (Авиценна) видели причины и природу болезней не только в смешении космических элементов, твердых образований и жидкостей, гневом богов, но и в характере, темпераментах людей, их привычках, традициях, иными словами, в том, что сегодня мы называем образом жизни.

Авиценне принадлежит «Канон врачебной науки», в котором указывается на наиболее эффективный путь к сохранению здоровья и долголетию — это улучшение здоровья, а не лечение болезней. К этому времени относятся и различные трактаты о здоровом образе жизни: китайская Конг-фу (около 2600 лет до н.э.), индийская Аюрведа (около 1800 лет до н.э.), «О здоровом образе жизни» Гиппократа (около 400 лет до н.э.) и др.

Особый интерес представляет изречение древнегреческого врача Герофилуса, в котором он трактует понимание здоровья через характеристику его отсутствия: когда нет здоровья — мудрость молчит и не до искусства, сила спит, богатство бесполезно и разум бессилён (около 300 лет до н.э.).

Дальнейшее развитие знаний о человеческой сущности позволило подойти к рассмотрению человека как существа биопсихосоциального. По мнению древних мыслителей, именно социальные черты отличают человека от животных, добавляя тем самым новое качество его природе. Так, уже Аристотель называл человека «общественным животным», т.е. существом социальным.

Далее история пополняется все большим количеством наблюдений и исследований, доказывающих значение человеческих отношений, социальных условий и факторов, влияющих на здоровье человека. Так, в работах М. В. Ломоносова вопросы улучшения здоровья населения рассматриваются как фактор приумножения богатств государства. К. Маркс в «Капитале» здоровье населения связывает с проблемами охраны труда, условий жизни и т.д.

В настоящее время известны более ста определений понятия «здоровье», что вызвано трудностями в понимании сущности последнего. Предпринимались попытки их классификации и анализа. Подробный обзор на эту тему можно найти в работе П. И. Калью «Сущностная характеристика понятия “здоровье” и некоторые вопросы перестройки здравоохранения» (1988).

Часто здоровье понимается как отсутствие болезни, т.е. под ним подразумевается нечто, противоположное болезни. Важно понимать, что как категория здоровье отражает необходимость, вытекающую из сущ-

ности явлений жизни, а болезнь — случайность, не имеющая всеобщего характера.

По мнению С. П. Боткина, проявления жизни в состоянии равновесия ее определений составляют нормальную или здоровую жизнь, благоприятную для ее продолжения; состояние организма с нарушением равновесия жизни составляет болезнь.

Здоровье — это возможность полноценно трудиться, отдыхать, выполнять присущие человеку функции, свободно и радостно жить. Оно, как отмечал Ф. Ф. Эрисман, составляет одно из главных условий счастливого бытия как для каждого человека в отдельности, так и для целого народа.

В последние десятилетия предпринимаются попытки определить здоровье с позиций системного подхода. Возникла необходимость в более широком, комплексном определении данного понятия с включением в него немедицинских признаков, т.е. построении интегральной модели. В структуре этой модели здоровье или нездоровье человека проявляется во взаимодействии с широким диапазоном социальных и средовых факторов с учетом особенностей индивидуальной устойчивости и восприимчивости. Иными словами, здоровье имеет гетерогенную природу.

В. П. Казначеев под здоровьем понимает процесс сохранения и развития биологических, физиологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни (1975).

Концептуальная модель социальной ценности рассматриваемой категории отражена в определении, сформулированном В. В. Канепом, Г. И. Царегородцевым, Б. И. Ольшанским: здоровье — не только одна из необходимых предпосылок личного счастья человека, его всестороннего гармонического развития; оно не только является одним из условий достижения человеком максимальных успехов в области образования, профессиональной подготовки, производительности труда, оптимистического и жизнеутверждающего отношения к происходящему; здоровье — это также важный показатель и чуткий индикатор благосостояния населения (1976).

В настоящее время рядом исследователей здоровье определяется как многомерное динамическое состояние и форма жизнедеятельности адаптированного к окружающей среде организма (И. А. Гундаров).

Наиболее полное определение сформулировано ВОЗ: здоровье является состоянием полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов. Тем самым подчеркнут ее комплексный характер и дана медико-социальная интерпретация.

В современном российском законодательстве понятие «здоровье» сформулировано следующим образом: «здоровье — состояние физического, психического и социального благополучия человека, при кото-

ром отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма» (Закон об охране здоровья, ст. 2).

Сохранение и укрепление здоровья населения является предметом профессиональной деятельности не только медицинских работников, но и специалистов других профилей, включая социальных работников. В этой связи дисциплина «Основы социальной медицины» является неотъемлемой составной частью основной образовательной программы их подготовки.

В настоящее время используется системный подход в решении проблем здоровья. В этой связи рассмотрим междисциплинарные аспекты последнего.

Здоровье является предметом изучения врачей различных специальностей, философов разных направлений, социологов, психологов, педагогов, представителей естественных и технических наук.

То же мы можем сказать и о множестве небезразличных факторов физической, химической и биологической природы, которыми насыщена техногенно измененная окружающая среда.

Во всем многообразии меняющихся подходов, различных результатов, сведений, концепций многих наук принципиально важным является междисциплинарный подход в изучении проблем здоровья, а также межсекторальная координация при реализации комплексных мер, направленных на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

Изучение основ здоровья — это в большей степени медико-биологический аспект, включающий анатомию, физиологию, патологию, клинику, диагностику и лечение заболеваний, монополизованный одной наукой — медициной.

И хотя почти все медицинские доктрины предусматривали исследование двух связанных между собой целей — сохранение здоровья и излечение болезней, фактически медицина представляет собой науку о болезнях — человекопатологию.

Человек как существо биосоциальное связан с отношениями в обществе, его структурой, социальными образованиями, основанием которых служат различные факторы: профессиональные, демографические, национальные и т.д.

Радиомагнитные, ионизирующие и прочие излучения промышленных установок, различной аппаратуры далеко не исчерпывают спектр физических воздействий на человека, порожденных, в частности, научно-техническим прогрессом. Во много раз большим является спектр неблагоприятных химических воздействий, включающий добровольное отравление табаком, алкоголем, наркотиками и т.д.

Перечисляя эти проблемы, назовем еще одну науку — гигиену как раздел профилактической медицины, как составляющую медицины, изучающую влияние внешней среды на здоровье человека, его работоспособность и продолжительность жизни, разрабатывающую меры по предупреждению возникновения болезней и созданию условий, обеспечивающих сохранение здоровья.

Жизнь современного человека насыщена неблагоприятными факторами психологической природы.

Психологическое воздействие, психологическая поддержка — сложный аспект проблемы здоровья, который приходится учитывать и социальным работникам.

Как известно, здоровье человека на 50% зависит от образа жизни, его категории «стиль жизни» и «уклад жизни» определяются поведением людей, формирующимся педагогической деятельностью — от гигиенического воспитания до профилактического мышления и здоровья через культуру, которая является не только суммой знаний, но и поведением и определенными нравственными началами. Культура и здоровье находятся в самой тесной связи.

В современном обществе люди болеют такими заболеваниями, для профилактики которых не нужны специальные лекарства, а достаточно вести правильный, адекватный здоровью образ жизни. Причин тому много, но в ряду самых главных — низкая культура.

В сохранении и восстановлении здоровья важнейшую роль играет мотивация, в большой степени определяющая образ жизни. Формирование мотивации на образ жизни, адекватный здоровью — важная задача семьи, педагогов, врачей, а также социальных работников.

Здоровье не существует само по себе, раз навсегда данное и неизменное. Оно нуждается в тщательной работе на протяжении всей жизни человека.

Здоровье — это динамическое равновесие организма с окружающей природной и социальной средой, которое обусловлено адаптационно-приспособительными механизмами организма. Нарушение связи «среда — организм» влечет за собой снижение биологической и социальной активности, т.е. возникновение болезни. Между этими состояниями есть так называемое «третье состояние», характеризующееся иммунологической резистентностью малой интенсивности, которое между здоровьем и болезнью может активно изменяться в ту или другую сторону за счет поведенческих реакций (позитивных или негативных), на которые следует биологический отклик.

Несмотря на долгую историю наук, предметом изучения которых является именно здоровье (а не болезни), следует отметить, что наука о здоровье в настоящее время только складывается, хотя процесс ее создания идет уже длительное время. Еще в первой половине XIX в. М. Я. Мудров выдвинул идею об изучении здоровья как самостоятельного направления в медицине.

Позже С. М. Павленко разработал учение о саногенезе как важнейшей проблеме медицины. В его основу был положен принцип широкого использования защитно-приспособительных способностей организма при лечении, особенно при предупреждении болезней.

Другие исследователи предлагают создать нормологию как науку об оптимальном развитии человека и среды его обитания, о гармоническом состоянии телесного, духовного и социального здоровья.

Ю. П. Лисицын и другие ученые считают, что учением о здоровье должна стать санология.

И. И. Брехман предложил новое научное направление о здоровье и назвал его валеологией. В отличие от других медицинских наук, объектом ее изучения является здоровый человек, а предметом — способы и пути сохранения здоровья здоровых. Валеологию многие авторы называют «наукой о здоровье здоровых». Она формируется на стыке экологии, биологии, медицины, психологии и других наук.

Великий русский ученый И. П. Павлов отмечал: «Человек может жить до ста лет. Мы сами своей неводержанностью, своей беспорядочностью, своим безобразным обращением с собственным организмом сводим этот нормальный срок до гораздо меньшей степени».

2.2. Факторы, влияющие на здоровье

В первой главе отмечалось, что общественное здоровье как объект изучения социальной медицины характеризуется комплексным воздействием социальных, генетических, поведенческих, биологических, геофизических и других факторов. Многие из них могут определяться как факторы риска заболеваний.

Факторы риска — это потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной сред, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.

При изучении общественного здоровья факторы, его определяющие, обычно объединяют в следующие группы:

— социально-экономические — условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние, уровень и качество питания, отдых и т.д.;

— социально-биологические — возраст, пол, предрасположенность к наследственным заболеваниям и т.д.;

— экологические и природно-климатические — загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, экстремальные природно-климатические явления и т.д.;

— организационные или медицинские — обеспеченность населения медико-социальной помощью, ее качество и доступность и т.д.

Предлагаются также и другие группировки и классификации. Одна из общепринятых — выделение главных или больших факторов риска.

Например, по отношению к сердечно-сосудистым заболеваниям — это курение, гипокинезия, избыточный вес, несбалансированное питание, артериальная гипертензия, психоэмоциональные стрессы, алкоголь. Большинство таких факторов риска зависит от самих людей, их поведения и образа жизни.

По своей природе факторы риска разделяют на первичные и вторичные. По мнению специалистов ВОЗ, к первичным большим факторам

риска относятся: курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, гипокinezия, психоэмоциональный стресс; к вторичным — диабет, артериальная гипертензия, холестеринемия, ревматизм, аллергия, иммунодефициты и др.

Выделяются так называемые группы риска, к которым относят часть населения, в большей степени, чем другие, предрасположенную к различным заболеваниям. Это дети, старики, беременные, мигранты, лица БОМЖ, лица с девиантным поведением, работающие во вредных производственных условиях и пр.

Давая характеристику здоровью населения, специалисты констатируют и социальную обусловленность последнего. Когда речь идет о социальной обусловленности здоровья, то имеется в виду первостепенное по своему значению, а подчас и решающее влияние на него социальных факторов риска, воздействие которых приводит к нарушению компенсаторно-приспособительных механизмов и, тем самым, способствует развитию патологии.

Ю. П. Лисицын отмечает, что опосредование здоровья (и болезней) происходит через социальные условия и социальные факторы, т.е. конкретные формы проявления, отражения способа общественного производства, его производительных сил и производственных отношений, воздействий социально-политической и экономической структуры общества, так как эти последние представляют собой теоретические, во многом абстрактные, понятия. Именно конкретные условия жизни — труда, быта, питания, жилища, отдыха, образования, воспитания, культурные потребности и многое другое — и есть социальные условия и факторы.

Следует отметить, что в современном российском государстве происходит трансформация, которая характеризуется формированием новой социальной структуры, расслоением населения.

Значимость, масштабность и мобильность дифференциации в обществе требует современных исследований, прежде всего с точки зрения оценки воздействия такой дифференциации на состояние здоровья населения в различных его группах.

Вопросы влияния социальных факторов на здоровье человека представлены в четвертой главе учебника.

По мере накопления знаний о закономерностях индивидуального развития организма человека становится ясно, что этот процесс, включая постнатальный (послеродовый) период, представляет собой реализацию в определенных условиях среды генетической программы, унаследованной индивидом от своих родителей через половые клетки. Следовательно, любые аномалии развития необходимо рассматривать как нарушения в тех или иных звеньях реализации такой генетической программы.

Современные тенденции в изменении структуры заболеваемости свидетельствуют о возрастании относительного значения генетически обусловленных заболеваний в патологии человека. По данным миро-

вой статистики, около 5% всех новорожденных появляются на свет с генетически обусловленными дефектами, роль которых в перинатальной патологии еще выше.

Прогресс в понимании этиологии и патогенеза ряда распространенных болезней (ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, большая группа нервно-психических болезней, ряд онкологических заболеваний и др.) свидетельствует о существенном значении наследственной предрасположенности в возникновении таких форм патологии. Указанные заболевания относят к разряду болезней с наследственной предрасположенностью.

Также следует вспомнить хромосомные и генные наследственные болезни и болезни, возникающие под воздействием внешних факторов. Эти вопросы рассматриваются в пятой главе учебника.

Следует подчеркнуть, что понимание социальными работниками вопросов социальной и генетической обусловленности здоровья имеет важное практическое значение в их профессиональной деятельности при оказании помощи клиентам, оказавшимся в сложной жизненной ситуации, особенно в случае, когда такая ситуация прямо или опосредованно связана с проблемами здоровья.

Таким образом, на здоровье человека оказывает влияние множество факторов, главные из которых условно можно разделить на четыре группы: образ жизни, наследственность, состояние окружающей среды, качество и доступность медицинской помощи.

Математические расчеты, неоднократно воспроизведенные, в том числе и в нашей стране, показывают, что самое большое влияние на здоровье оказывает образ жизни. Доля факторов последнего превышает 50% всех воздействий. Примерно по 20% занимают наследственные факторы и состояние окружающей среды, и около 10% приходится на уровень развития здравоохранения (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Группировка факторов риска (по Ю. П. Лисицыну, 2010)

Категории факторов риска	Примеры факторов риска	Доля, %
Образ жизни	Курение Употребление алкоголя Несбалансированное питание Стрессовые ситуации (дистрессы) Вредные условия труда Гиподинамия Низкая физическая активность Потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами Напряженные семейные отношения Напряженные психоэмоциональные отношения на работе Низкий культурный и образовательный уровень	50—57

Категории факторов риска	Примеры факторов риска	Доля, %
Внешняя среда	Загрязнение воздуха канцерогенами и другими вредными веществами Загрязнение воды канцерогенами и другими вредными веществами Загрязнение почвы Резкие смены состояния атмосферы Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	20—25
Генетические факторы	Предрасположенность к наследственным болезням Наследственная предрасположенность к тем или иным заболеваниям	15—20
Здравоохранение	Неэффективность профилактических мероприятий Низкое качество и несвоевременность медицинской помощи	10—15

Из этого следует, что одним из эффективных направлений улучшения здоровья населения является формирование такого образа жизни, который позволил бы каждому человеку сохранить и улучшить состояние собственного здоровья.

Участие в этом процессе, который в настоящее время нередко называют «формированием здоровьесберегающего поведения населения», должны принимать не только медицинские работники, но и педагоги, психологи, а также социальные работники.

2.3. Уровни изучения, показатели и критерии оценки здоровья

Общественное здоровье является важным индикатором социально-экономического развития государства. Его мониторинг необходим и проводится в настоящее время с различными целями. Возможность оценки изменения общественного здоровья во времени, его динамика в различных регионах страны, сравнение с другими странами дают научную основу для формирования политики государства в данной области.

Для оценки общественного здоровья к настоящему времени выработаны достаточно информативные и унифицированные показатели. Перед тем как рассмотреть данные показатели, следует отметить, что в настоящее время здоровье принято изучать на следующих уровнях:

- 1) здоровье отдельного человека — индивидуальное здоровье;
- 2) здоровье малых или этнических групп — групповое здоровье;
- 3) здоровье людей, проживающих на отдельной административно-территориальной единице (область, город, район) — здоровье населения;

4) здоровье общества, населения страны, континента, популяции в целом — общественное здоровье.

Каждому уровню изучения здоровья соответствуют определенные критерии и показатели. Так, для оценки индивидуального здоровья предложены такие условные критерии, как ресурсы здоровья, потенциал здоровья, а также баланс здоровья.

Ресурсы здоровья — это морально-функциональные и психологические возможности организма изменять баланс здоровья в положительную сторону. Важнейшим из них является здоровый образ жизни, позволяющий человеку не только сохранить, восстановить, но и укрепить здоровье.

Потенциал здоровья представляет собой совокупность способностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факторов. Например, соприкосновение руки с горячим предметом вызывает непроизвольное сокращение ее мышц. Другим примером может служить имеющаяся у человека надежная защита от кровопотери, в основе которой — система свертывания крови. И таких примеров множество. Адекватность подобных реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем и механизмами психической саморегуляции.

Баланс здоровья — это выраженное состояние динамического равновесия между потенциалом здоровья (усиленного ресурсами здоровья) и действующими на человека факторами внешней среды. В случае, когда потенциал здоровья соответствует силе воздействия неблагоприятных для здоровья факторов внешней среды, человек сохраняет здоровье, в случае перевеса внешних неблагоприятных факторов — здоровье нарушается и возможно возникновение заболевания.

В медико-социальных исследованиях для оценки группового здоровья, здоровья населения и общественного здоровья выработаны следующие индикаторы или показатели (группы показателей) здоровья:

- медико-демографические;
- заболеваемости;
- инвалидности;
- физического развития населения.

Остановимся на краткой характеристике каждой из этих групп.

Основными медико-демографическими показателями, используемыми для оценки здоровья, являются коэффициенты рождаемости, смертности, естественного прироста населения, а также средней продолжительности предстоящей жизни.

Рождаемость рассматривается как естественный процесс возобновления населения, статистически регистрируемый числом деторождений в конкретной популяции за определенный период времени.

Общий коэффициент рождаемости рассчитывается по следующей формуле:

$$\frac{\text{Общее число родившихся живыми за 1 год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

Средний уровень рождаемости оценивается в пределах 15—20‰ (промилле), рождаемость ниже 15‰ считается низкой, свыше 25‰ — высокой.

Более точную картину рождаемости позволяют отобразить коэффициенты общей и брачной плодовитости, учитывающие численность женщин репродуктивного возраста (15—49 лет).

Коэффициент общей плодовитости:

$$\frac{\text{Общее число родившихся живыми за 1 год}}{\text{Среднегодовая численность женщин в возрасте 15—49 лет}} \cdot 1000.$$

Коэффициент брачной плодовитости:

$$\frac{\text{Общее число родившихся живыми за 1 год}}{\text{Среднегодовая численность женщин в возрасте 15—49 лет, состоящих в браке}} \cdot 1000.$$

Число рождений до 15 лет и после 49 лет незначительно. Особое внимание уделяется повозрастным показателям рождаемости: 15—19; 20—24; 25—29; 30—34; 35—39; 40—44; 45—49 лет.

Смертность рассматривается как процесс вымирания населения, статистически регистрируемый числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени.

Общий коэффициент смертности рассчитывается по следующей формуле:

$$\frac{\text{Общее число умерших за 1 год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

Этот показатель оценивается как низкий, если его значение не превышает 9‰, средний — от 9 до 15‰ и свыше 15‰ — как высокий.

Кроме общего коэффициента смертности рассчитываются и анализируются коэффициент материнской смертности, показатели детской смертности, коэффициент мертворождаемости, коэффициенты смертности от отдельных заболеваний и др.

Коэффициент естественного прироста населения служит наиболее общей характеристикой роста населения. Его также используют и для оценки общественного здоровья. Данный показатель чаще всего рассчитывается как разность коэффициентов рождаемости и смертности. Его положительное значение свидетельствует о приросте населения, а отрицательное — об убыли населения.

Демографическая ситуация в России в 1990—2010 гг. имела неблагоприятные тенденции, характеризовавшиеся низким коэффициентом рождаемости, высоким коэффициентом общей смертности населения и, как следствие этого, отрицательным приростом населения. Однако с 2010 г. наметилась тенденция к ее улучшению — повысился показатель рождаемости, снизился показатель смертности населения, вслед-

ствии чего в последние годы естественный прирост населения не имеет отрицательных значений, как в предыдущее десятилетие (рис. 2.1).

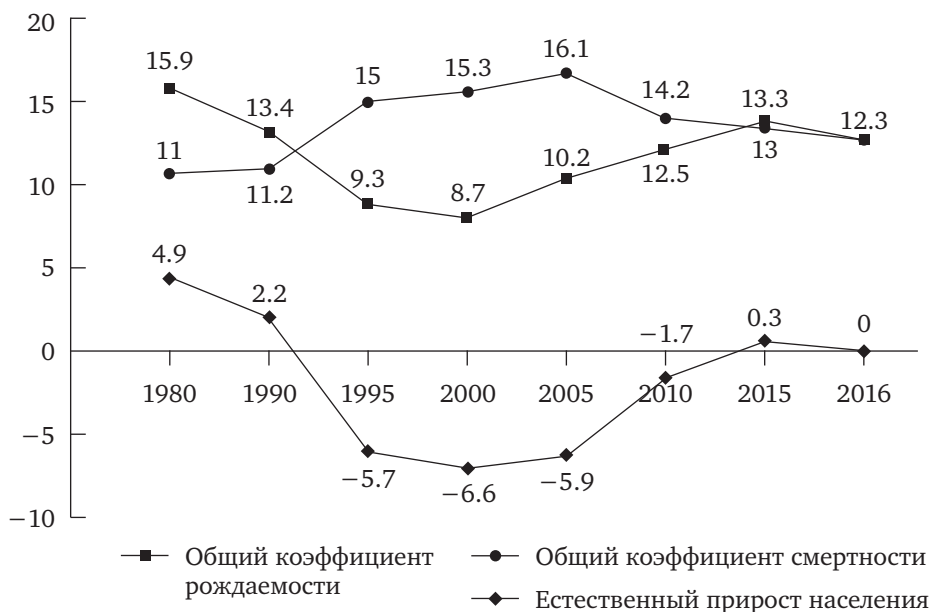


Рис. 2.1. Динамика рождаемости, смертности и естественного прироста населения Российской Федерации (1980—2016)

Для разработки адекватных мер по снижению смертности населения особое значение имеет анализ показателя структуры причин смертности. По данным официальной статистики, на первом месте среди всех причин смертности находятся болезни системы кровообращения (47,8%), на втором — новообразования (15,8%), на третьем — внешние причины (8,9%), составившие почти две трети (72,5%) всех причин смертности населения РФ в 2016 г. Далее следуют болезни органов пищеварения — 5,2%, болезни органов дыхания — 3,7% и другие причины.

Средняя продолжительность предстоящей жизни как один из показателей общественного здоровья более объективно отражает демографические процессы, чем показатели рождаемости и смертности.

Под данным показателем следует понимать гипотетическое число лет, которое предстоит прожить поколению родившихся или числу сверстников определенного возраста при условии, что на всем протяжении их жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была в том году, для которого проводилось исчисление. Этот показатель рассчитывается на основе повозрастных показателей смертности путем построения таблиц смертности и характеризует жизнеспособность населения в целом, не завися от возрастной структуры последнего.

Неблагоприятная тенденция данного показателя прослеживалась в России на протяжении более 10 лет, и только в последние годы наблюдается его улучшение (табл. 2.2).

Таблица 2.2

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении населения
Российской Федерации (1980—2016), число лет**

Год	Все население		
	оба пола	мужчины	женщины
1980	67,6	61,5	73,1
1990	69,2	63,8	74,3
1995	64,6	58,1	71,2
2000	65,3	58,9	72,4
2005	65,3	58,9	72,4
2009	68,7	62,8	74,7
2015	71,4	65,9	76,7
2016	71,9	66,5	77,0

Для оценки общественного здоровья используется группа показателей, характеризующих заболеваемость населения. Показатели заболеваемости являются критериями оценки качества работы медицинских организаций и системы здравоохранения в целом. К ним в первую очередь относят показатель первичной заболеваемости, т.е. число зарегистрированных за год случаев впервые установленных заболеваний в расчете на 1000 населения:

$$\frac{\text{Число вновь зарегистрированных заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

Показатель первичной заболеваемости взрослого населения страны колеблется в пределах 500—750‰, а у детей он значительно выше — 1800—1900‰.

Кроме данного показателя для оценки заболеваемости используют показатель общей заболеваемости (распространенности, болезненности), т.е. совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном году, так и в предыдущие годы:

$$\frac{\text{Число всех заболеваний, выявленных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

Показатель общей заболеваемости взрослого населения составляет в среднем 1300—1600‰, а детского населения — 2300—2400‰.

Последнее десятилетие характеризуется тенденцией роста первичной и общей заболеваемости взрослого и детского населения страны (рис. 2.2).